

Ärztliche Verordnung

zur Durchführung einer **ambulanten Rehabilitation/EAP** in der
Abteilung **Physiotherapie/EAP** im **Klinikum Konstanz**

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	Klinikum Konstanz Physiotherapie/EAP Mainaustraße 35 78464 Konstanz Tel: 07531/801-2880 Fax: 07531/801-2884
Straße, PLZ, Ort	<u>Telefonnummer</u>	
Kostenträger	Versicherten Nr.	

Indikationsgruppe

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> OP am Skelettsystem | <input type="checkbox"/> Amputationen |
| <input type="checkbox"/> op. versorgte Bandscheibenvorfälle | <input type="checkbox"/> prothetischer Gelenkersatz |
| <input type="checkbox"/> op. behandelte Gelenkerkrankungen | |

1. Medizinische Daten

Diagnose/OP/Risikofaktoren:

.....

.....

OP-Datum:

Ambulante Rehabilitation ab:

Therapieanweisung:

.....

2. Ärztliche Verordnung

Die Durchführung einer **ambulanten Rehabilitationsmaßnahme** halte ich
in **folgendem Umfang** für erforderlich

Zeitintervall: x wöchentlich täglich

Zeitraum: 2 Wo. 3 Wo. 4 Wo. 5 Wo. 6 Wo. 8 Wo.

Beigefügte Unterlagen:

3. Rehabilitationsziel

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> stationäre Reha wird entbehrlich | <input type="checkbox"/> stationäre Reha wird verkürzt |
| <input type="checkbox"/> Patient wird deutlich schneller mobilisiert und in den Arbeitsprozess integriert | |

Bemerkungen:

Klinikstempel

Datum

Unterschrift