

Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ohne Befund sind folgende Organsysteme:

-
- Atemwege
-
- Herz/ Kreislauf
-
- Bauchorgane
-
- Bewegungsapparat
-
- Nervensystem und Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer / klinisch-diagnostischer Befunde):

Größe:	cm	Gewicht:	kg	RR:	/	mg/Hg	Puls:
--------	----	----------	----	-----	---	-------	-------

bisherige Therapien in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapien, Psychotherapien etc.)
Anregung spezieller Maßnahmen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung/ Diätschulung | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/ Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> Gefäßtraining | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Inhalationen/ Atemgymnastik | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie | <input type="checkbox"/> sonstige: |

Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, spricht aber _____Besteht Belastbarkeit für medizinische Rehabilitation? ja neinBesteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln? ja nein, Bemerkung _____Besteht eine Schwangerschaft? ja nein**Bemerkungen**erbitte Rückruf durch den ärztlichen Dienst des RV-Trägers den zuständigen Arzt der Reha-Klinik**Rehabilitationsziele aus ärztlicher Sicht****Antrag erfolgte auf meine Anregung** ja nein

Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen erbeten:

 ja nein**ausstellende Ärztin / ausstellender Arzt**

Zulassungsnummer

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Bankverbindung

International Bank Account Number

IBAN

Bankleitzahl

Kontonummer

Bank Identifier Code

BIC

D E

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift