

Gebühr frei	<input type="checkbox"/>	AOK	<input type="checkbox"/>	LKK	<input type="checkbox"/>	BKK	<input type="checkbox"/>	IKK	<input type="checkbox"/>	VdAK	<input type="checkbox"/>	AEV	<input type="checkbox"/>	Knappschaft	<input type="checkbox"/>	UV	<input type="checkbox"/>
Gebühr pflichtig	<input type="checkbox"/>	Name, Vorname des Versicherten															
Noctu	<input type="checkbox"/>	geb. am															
Sonstige	<input type="checkbox"/>																
Unfall	<input type="checkbox"/>	Kassen-Nr.					Versicherten-Nr.					Status					
Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/>	Vertragsarzt-Nr.					VK gültig bis					Datum					

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

zur ambulanten Rehabilitationsbehandlung

- Erstbescheinigung
 Folgebescheinigung

Das Ausstellen dieser Bescheinigung für VdAK-Patienten ist über die Position 77 der E-GO abrechenbar.

Diagnose: _____

Abstimmung mit dem Operateur:

Operationstag: _____ Operateur: _____
 Op.-Ergebnis: Übungsstabilität Teilbelastbarkeit _____ kg Vollbelastbarkeit ab _____ Wo.
 Op.-Berichte: vorhanden und können eingesehen werden angefordert nicht vorhanden

Anmerkung: _____

Bisherige Therapie:

Medikamente: _____
 Physikalische Therapie Krankengymnastik Sonstiges

Medizinisch erforderliche Therapie:

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik z. Verbesserung v.	<input type="checkbox"/> Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie
<input type="checkbox"/> Stabilisation	<input type="checkbox"/> Massage ganz/ teil	<input type="checkbox"/> Isometrische Kraftübung
<input type="checkbox"/> Muskelaufbau	<input type="checkbox"/> Lymphdrainage	<input type="checkbox"/> Auxotonisches Gerätetraining
<input type="checkbox"/> Koordination	<input type="checkbox"/> Elektrotherapie z. Behdlg. v.	<input type="checkbox"/> Kompl. Koordinationsübung
<input type="checkbox"/> Gangbild	_____	<input type="checkbox"/> Isokinetik: <input type="checkbox"/> Test <input type="checkbox"/> Therapie
<input type="checkbox"/> Mobilisation	<input type="checkbox"/> Kältetherapie	<input type="checkbox"/> Spezifisches Aufbautraining
<input type="checkbox"/> Bewegungsbad	<input type="checkbox"/> Wärmetherapie	<input type="checkbox"/> Ausdauer-, Herz-/ Kreislauftraining
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Muskelstimulation	<input type="checkbox"/> Sonstiges
	<input type="checkbox"/> Bäder/ Güsse	

Diagnostik (Röntgen, CT, NMR u.a.): _____

Besondere Therapiehinweise: _____

Voraussichtliche Therapieeinheiten:

10 mal 15 mal 20 mal 25 mal 30 mal _____ mal

Wiedervorstellung des Patienten am: _____

Hinweise zur Kostenübernahme:

Die aus dieser ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung entstehenden Folgekosten sind keine Kosten, die das Heilmittelbudget des verordnenden Arztes belasten. Es handelt sich hierbei um ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Nr. 2 SGB V.

Die Rehabilitationseinrichtung kann Leistungen zu Lasten eines Kostenträgers nur erbringen, wenn eine Kostenübernahmeerklärung des Kostenträgers vorliegt. Der Kostenträger kann den Antrag dem Medizinischen Dienst zur Überprüfung vorlegen.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift
ausstellender Arzt