

# Haus-/fachärztliche Stellungnahme zur Beantragung einer Rehabilitationsbehandlung (bitte vollständig ausfüllen)

-----  
Patientenname

-----  
Vorname

-----  
Geburtsdatum

## **Diagnosen:**

---

---

---

## **Aktuelle Therapie:**

---

---

---

Die Therapie am Ort wurde bis zuletzt durchgeführt und ist ausgeschöpft. Ein weiterer Heilerfolg ist durch eine andere Behandlungsweise am Wohnort oder in nächster Umgebung nicht zu erwarten.

Für den/die Patienten/-in ist daher ärztlicherseits erforderlich eine

- Ambulante Heilkur** (oder Müttergenesungskur bzw. Mutter-/Vater-Kind Kur) wegen eines erheblichen chronischen Leidens zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Dienstfähigkeit.

**Vorgesehener Kurort:** \_\_\_\_\_

- Stationäre Rehabilitationsbehandlung** wegen eines schweren chronischen Leidens, das durch eine Heilkur nicht zu bessern ist. Eine stationäre Unterbringung ist z.B. wegen erforderlicher ständiger ärztlicher Betreuung notwendig.

**Vorgesehenes Sanatorium:** \_\_\_\_\_

## **Bestätigung:**

Die Heilanzeigen (speziellen Indikationen) des Kurortes/Sanatoriums stimmen mit den für die Rehabilitationsmaßnahme relevanten Diagnosen überein.

\_\_\_\_\_  
Datum

Praxisstempel/Unterschrift des Arztes