

Ausfüllhilfe „Verordnung von medizinischer Reha“

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Tel: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ Beruf: _____

Rehabilitationsbegründende Diagnosen

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Sind Sie derzeit arbeitsfähig geschrieben? Falls nicht durch uns, seit wann? Durch welchen Arzt? Welche Diagnose(n)?

Rehabilitationsrelevante Beschwerden (z.B. Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen, depressive Verstimmung, Kraftlosigkeit, Erschöpfung, Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems, Bewegungseinschränkungen)

Beginn und Verlauf der Erkrankung(en)

Bisherige Maßnahmen (z.B. Medikamente, Psychotherapie, Heilmittel, Schulungen, Rehasport, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Risikofaktoren oder Gefährdung durch

- Bewegungsmangel/ Fehlhaltung Übergewicht Untergewicht Nikotin
 Medikamente Sonstiges (z.B. Alkohol, ungesunde Ernährung) _____

Kontextfaktoren (z.B. allein lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, mangelndes Selbstmanagement)

Gewünschte Rehabilitationsform

- ambulant stationär

Reisefähigkeit

- öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich

Weitere Bemerkungen/ Begründungen (u.a. Anforderungen an die Einrichtung, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, Barrierefreiheit, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieform)

Nein ja, welche _____