

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten 60

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) folgende(s) Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

<input type="checkbox"/>	ambulante Vorsorgeleistung am Kurort
<input type="checkbox"/>	stationäre Vorsorgeleistungen
<input type="checkbox"/>	

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich
Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg

<input type="checkbox"/>	Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben
<input type="checkbox"/>	Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten
<input type="checkbox"/>	Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter

Telefon-Nummer

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen

Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannte(n) Versicherte(n) auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)

Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)

Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen
in

Telefon-Nummer

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

**Beide Blätter an die Krankenkasse
Original danach zurück an den Vertragsarzt**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten 60

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) folgende(s) Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

- ambulante Vorsorgeleistung am Kurort
- stationäre Vorsorgeleistungen

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich
Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg

- Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben
- Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten
- Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter

Telefon-Nummer

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen

Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannte(n) Versicherte(n) auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)

Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)

Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen
in _____ Telefon-Nummer _____

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Durchschlag zum Verbleib bei der Krankenkasse