

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

**Verbindliches Muster**

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

3. Korrektur  
04.05.2004

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

**Verbindliches Muster**

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**