

Erweitertes haus-/fachärztliches Rehabilitationsattest

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Anschrift
arbeitsunfähig	nein ja ggf. seit wegen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer aktuellen Bedeutung - möglichst als Funktionsdiagnose)
1.
2.
3.
4.
5.
sonstige:

Krankheitsvorgeschichte	
Beginn:	
Ausprägung und Verlauf:	
Derzeitiger Stand und Problematik:	
Risikofaktoren / Gefährdung durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige maßgebliche Belastungsfaktoren :	Derzeitige Medikamente:

Therapeutisches Resumee und Rehabilitationsempfehlung				
	zuletzt ambulant durchgeführt			Im Rahmen der Rehabilitation vordringlich empfohlen
	von – bis	Anzahl	Erfolg	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rückenschule			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inhalationen			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung / Diätschulung			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Logopädie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
sonstige Maßnahmen:			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Gründe für eine unzureichende Wirksamkeit der bisherigen ambulanten Maßnahmen

Konkrete Indikationen für eine stationäre Sanatoriumsbehandlung (über ambulante Rehabilitationskriterien hinaus)

Anmerkungen / Empfehlungen (bei Bedarf bitte Beiblatt verwenden)

_____ Datum

_____ Unterschrift des behandelnden Arztes

Stempel