

Nachrichtlich an:

Neurologisches Rehabilitationszentrum
Friedehorst gGmbH
Rotdornallee 64, 28717 Bremen
Ltd. Arzt Priv. Doz. Dr. M. Spranger

Patientenanmeldung

Telefon: 0421/6381- 510
Telefax: 0421/6381- 580

Rehabilitations-Diagnostik:

Telefon: 0421/6381-543
Email: nrz@friedehorst.de

KOSTENÜBERNAHMEANTRAG

- zur Frührehabilitation
- zur **stationären** neurologischen Rehabilitationsbehandlung
- zur **teilstationären** neurologischen Rehabilitationsbehandlung
- zur Rehabilitationsdiagnostik

im Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst

Name		geb
Straße	PLZ	Ort
Hauptversicherter	Kostenträger	

Diagnosen (siehe beiliegenden Bericht)
--

Anamnese..(siehe beiliegenden Bericht)
--

Befund:

Mobilität	Hilfe im Alltag	Vigilanz	neuropsychologische Situation
<input type="checkbox"/> voll bettlägerig	<input type="checkbox"/> Hilfe b. Essen	<input type="checkbox"/> apallisch	<input type="checkbox"/> verlangsamt
<input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer	<input type="checkbox"/> vollständig gefüttert	<input type="checkbox"/> vegetativ instabil	<input type="checkbox"/> desorientiert
<input type="checkbox"/> gehfähig mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe b. Anziehen	<input type="checkbox"/> Augenöffnen b. Reiz	<input type="checkbox"/> Sprachstörung
<input type="checkbox"/> Paresen	<input type="checkbox"/> Hilfe b. Waschen	<input type="checkbox"/> fixiert	<input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung
<input type="checkbox"/> Ataxie	<input type="checkbox"/> Hilfe auf der Toilette	<input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr	<input type="checkbox"/> depressiv
<input type="checkbox"/> Apraxie	<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> aggressiv
	<input type="checkbox"/> Hilfe bei räumlicher Orientierung		<input type="checkbox"/> selbstgefährdend
<input type="checkbox"/> instabile Frakturen		Katheterversorgung	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz
<input type="checkbox"/> gehfähig	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Schulschwierigkeiten
		<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Teilleistungsstörungen
		<input type="checkbox"/> Magensonde/PEG	<input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten
		<input type="checkbox"/> ZVK	

Patient

Geb.Datum

Besonderheiten der ärztlichen Versorgung (siehe beiliegenden Bericht)

(Vegetative Krisen, Anfälle, Endokrinologisches, Medikamente usw)

Schule/ Ausbildung / Beruf:

Antragsbegründung

akute Erkrankung chronische Erkrankung Wiederaufnahme Gutachten Reha-Überprüfung

Rehabilitationsziel

Notwendige Therapien (bitte ankreuzen)

neurologische und neuropsychologische Diagnostik und Behandlung psychosoziales Training
 Krankengymnastik Logopädie Ergotherapie Neuropädagogik Arbeitstherapie

Beantragte Maßnahme

Frührehabilitation (Phase B) Arbeitstraining (Phase D)
 Frühmobilisation (Phase C) Belastungserprobung (Phase D)
 Heilverfahren (Phase D) Rehabilitationsdiagnostik (Phase D)
 AHB

Kostenübernahmeantrag für Phase B / C / D gestellt am:.....

Telefonische Rückfragen an :
Tel.Nr :

Datum

Unterschrift