

Praxis XXX

Zur Verfügung gestellt von; Dr. Achim Bade

Einleitung einer Reha-/Kurmaßnahme

Für

\$Nachname#, \$Vorname#, geb. am \$Gebdatum#
wohnhaft: \$Straße# in \$Plz# \$Ort#

Um Ihren Reha-Bedarf genauestens einschätzen und die entsprechenden Formulare gründlichst ausfüllen zu können, benötigen wir von Ihnen genaue Angaben zu Ihren Gesundheitsproblemen.

Dazu geben Sie uns bitte ausführlich zu folgenden Bereichen Informationen:

Beschwerden: z.B. Schmerzen/Luftnot, Bewegungseinschränkungen, Funktionseinschränkungen (z.B. Hörminderung, Sehverschlechterung, Probleme mit der Sprache oder dem Sprechen), Stress, Angst, Unruhe, Kreislaufbeschwerden):

Zu **jeder** Beschwerde bitte nach folgendem Muster Stellung nehmen:

Was genau? Seit wann? Wann auftretend? Wie lange anhaltend? Wie stark (einschränkend)?
Sichere oder vermutliche Ursache?

Dabei ist besonders wichtig, wie stark Ihre Alltagsaktivitäten durch die jeweilige Einschränkung behindert werden: z.B. Autofahren, Einkaufen, Kochen, Waschen, Duschen, Baden, Anziehen, Essen, Trinken, soziale Kontakte, Sexualkontakte, Hobbies (welche?).
Besonders wichtig: Auswirkungen auf die Berufstätigkeit? Welche? Wie stark?

Weiterhin beschreiben Sie bitte, welche Maßnahmen sie bzgl. jeder Beschwerde bisher unternommen haben und in welchem Maße diese geholfen haben:

Medikamente: welche? seit wann? wie lange? in welcher Dosierung?

Physikalische Maßnahmen: z.B. Rückentraining (welche Sportstätte), Krankengymnastik, Massage, Strombehandlung etc..

Eigenmaßnahmen wie z.B. Lesen von Büchern über Erkrankungen (z.B. „Ratgeber bei Diabetes mellitus“), Sportaktivitäten (Verein?), Kurse (z.B. Volkshochschule), Selbsthilfegruppe, Coaching, psychologische Unterstützung,

Bitte bei allen bisher durchgeführten Maßnahmen angeben wann, wo, wie oft/wie lange diese durchgeführt wurden und welche Besserung/Verschlechterung sie erbachten

Untersuchungen/Behandlungen beim Spezialisten/Psychotherapeuten/Krankenhaus/Reh:
Sonografie/Röntgen/MRT/CT/Szintigrafie/ (liegen Bilder vor?), Spritzen, Operationen,

Psychotherapie, etc.. Auch hier bitte weitere Informationen (wann? bei wem? Welches Ergebnis bei Diagnostik? wie lange behandelt? welche Veränderung?) mitteilen.

Aktuelle (und ggf. vergangene) Lebenssituation? (Ehe-)Partner? Kinder (Anzahl? Alter)? Kranke Angehörige? Zu pflegende Angehörige? Beruf (möglicher Arbeitsplatzverlust? Dauerstress)? Hobbies? Ehrenamt? Besteht soziale Unterstützung?

Möglich schädliche Verhaltenweisen/Süchte? Zigaretten? Alkohol? Drogen (welche)? Sonstige (Spielsucht? Sportsucht? Sexsucht?)

Bitte reichen Sie uns diesen Bericht (ggf. zusammen mit den Antragsunterlagen) ein, damit wir dann das Gutachten in Ihrem Sinne erstellen können. Damit haben die Kostenträger die bestmöglichen Informationen, um eine optimale Therapie für Sie einleiten zu können.

Zusätzlich beschreiben Sie bitte, welches Ziel die Rehabilitationsmaßnahme bei Ihnen haben soll.

Vielen Dank, wir werden uns bemühen, Ihren Antrag so schnell wie möglich zu bearbeiten. Wir melden uns bei Unklarheiten oder weiterführenden Nachfragen.