

## Ärztliche Verordnung

zur Durchführung einer **ambulanten Rehabilitation/EAP** in der  
Abteilung **Physiotherapie/EAP** im **Klinikum Konstanz**

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	<b>Klinikum Konstanz</b> Physiotherapie/EAP Mainaustraße 35 78464 Konstanz <b>Tel: 07531/801-2880</b> <b>Fax: 07531/801-2884</b>
Straße, PLZ, Ort	<u>Telefonnummer</u>	
Kostenträger	Versicherten Nr.	

### Indikationsgruppe

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> OP am Skelettsystem                | <input type="checkbox"/> Amputationen               |
| <input type="checkbox"/> op. versorgte Bandscheibenvorfälle | <input type="checkbox"/> prothetischer Gelenkersatz |
| <input type="checkbox"/> op. behandelte Gelenkerkrankungen  |   |

### 1. Medizinische Daten

Diagnose/OP/Risikofaktoren: .....

.....

.....

OP-Datum: .....

Ambulante Rehabilitation ab: .....

Therapieanweisung: .....

.....

### 2. Ärztliche Verordnung

Die Durchführung einer **ambulanten Rehabilitationsmaßnahme** halte ich  
in **folgendem Umfang** für erforderlich

Zeitintervall: ..... x wöchentlich  täglich

Zeitraum:  2 Wo.  3 Wo.  4 Wo.  5 Wo.  6 Wo.  8 Wo.

Beigefügte Unterlagen: .....

### 3. Rehabilitationsziel

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> stationäre Reha wird entbehrlich   | <input type="checkbox"/> stationäre Reha wird verkürzt |
| <input type="checkbox"/> Patient wird deutlich schneller mobilisiert und in den Arbeitsprozess integriert |  |

Bemerkungen: .....

\_\_\_\_\_  
Klinikstempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift