



Hinweis: Passend für Fensterkuvert

Stadt Nürnberg Gesundheitsamt
Medizinischer Dienst / Begutachtungen
Burgstr. 4
90403 Nürnberg

Stadt Nürnberg

Gesundheitsamt

Unsere telefonischen Sprechzeiten:
Montag - Donnerstag: ab 14.00 Uhr
Freitag: ab 11.30 Uhr
Tel.: +49 (0)9 11 / 2 31-31 42, -21 60
Fax.: +49 (0)9 11 / 2 31-38 47
www.gesundheit.nuernberg.de

Informationen des behandelnden Arztes zur Notwendigkeit einer Reha-Behandlung

Angaben zur Person

Name		Vorname		Anrede
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Telefon		E-Mail		
in der Praxis seit		Dienstunfähigkeit <input type="checkbox"/> Ja, seit <input type="checkbox"/> Nein		
Zuletzt durchgeführte stationäre Rehabilitationsbehandlung oder Kur				
Hierbei maßgebende Diagnose(n)				

Angaben zum Arzt

Name		Vorname		Anrede
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Telefon		E-Mail		

Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin:

Ich entbinde die ausstellende Ärztin/den ausstellenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung ist freiwillig und kann verweigert werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten/der Patientin

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf Art. 16 des Bayerischen Datenschutzgesetzes und ist für die Bearbeitung erforderlich. Die übermittelten Daten werden nur für diesen Zweck genutzt. Sofern eine Speicherung nicht mehr erforderlich ist, werden die Daten gelöscht.

Informationen zu Rehabilitationsbehandlungen in Bayern

Beihilferechtlich ist zu unterscheiden zwischen

A. stationären **Rehabilitationsbehandlungen** in

1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen (§ 29 Abs. 1 Nr. 1 u. Abs. 2 BayBhV)
2. Einrichtungen für Suchtbehandlungen (§ 29 Abs. 1 Nr. 2 u. Abs. 3 BayBhV)
3. sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (§ 29 Abs. 1 Nr. 3 undAbs. 4, 5 BayBhV)

B. und **Rehabilitationsbehandlungen** im Rahmen von

1. Kuren (ambulante Maßnahme) in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
(§ 30 Abs. 1 Nr. 1 u. Abs. 2 BayBhV)
2. Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren
(§ 30 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3 BayBhV)
3. ambulanten Heilkuren (§ 30 Abs. 1 Nr. 3 u. Abs. 4 BayBhV).

-
- Eine begründete ärztliche Bescheinigung zur medizinischen Notwendigkeit, Art und vorgesehener Dauer der Maßnahme ist in den Fällen zu Buchstabe A Nr. 1 und 2 sowie für berücksichtigungsfähige Angehörige in Fällen zu Buchstabe B Nr. 1 - 3 ausreichend.
 - Ein begründetes amts- oder vertrauensärztliches Gutachten zur medizinischen Notwendigkeit, Art und vorgesehener Dauer der Maßnahme ist in den Fällen zu Buchstabe A Nr. 3 und bei aktiv Bediensteten auch zu Buchstabe B Nr. 1 - 3 erforderlich.

Die Bescheinigungen und Gutachten müssen vor Beginn der Maßnahme erstellt werden.

Grundsätzlich müssen vor Bewilligung einer stationären Maßnahme alle ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sein!

Medizinische Begründung zur Notwendigkeit einer Rehabilitationsbehandlung

1. Antragsbegründende Diagnosen nach Wichtigkeit geordnet

2. Relevante Krankheitsvorgeschichte

3. Derzeitige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

4. Wesentliche von der Norm abweichende Befunde

Datum der Befunderhebung

5. Bisher und zurzeit durchgeführte Therapien

Medikation (bitte genaue Angabe von Präparatenamen, Dosierung, Dauer der Therapie von _bis)

physikalische Therapie (bitte genaue Angabe von Art und Dauer der Therapie von _bis)

Psychotherapie (bitte Angabe von Art und Dauer der Therapie von _bis)

Nervenärztliche Behandlung (bitte genaue Angabe von Dauer der Therapie von _bis, evtl. Präparatenamen und Dosierung bei medikamentöser Therapie)

6. In der Vergangenheit durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen und Krankenhausaufenthalte

7. Bisheriger Krankheitsverlauf

8. Bestehen erhebliche Einschränkungen der Alltagsaktivitäten in folgenden Bereichen (bitte begründen)

Hilfsbedarf / Hilfe	Keiner	Schwierigkeiten / Hilfsmittel benötigt	personelle Hilfe
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begründung			

9. HeilkurortHalten Sie eine **ambulante Heikur in einem anerkannten Heikurort** für notwendig? Ja Nein

Wenn ja, bitte ausführliche Begründung

10. medizinische RehabilitationHalten Sie eine **(ambulante) Kur in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation** für notwendig? Ja Nein

Wenn ja, bitte ausführliche Begründung

11. REHA-BehandlungHalten Sie eine **stationäre REHA-Behandlung** für notwendig? Ja Nein

Wenn ja, bitte ausführliche Begründung

12. Warum kann die beantragte Maßnahme nicht mit gleicher Erfolgsaussicht durch andere Heilmaßnahmen, insbesondere durch eine andere Behandlung in der nächsten Umgebung, ersetzt werden?**13. Welche medizinischen Rehabilitationsziele sollen erreicht werden?****14. Falls Sie eine stationäre REHA-Behandlung für notwendig halten: Welche Klinik mit welchem Schwerpunkt schlagen Sie für die beantragte Maßnahme vor?**

15. Belastbarkeit

Besteht Belastbarkeit für die vorgesehene Maßnahme?

 Ja Nein**16. reisefähigkeit**

Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?

 Ja Nein**Gegebenenfalls weitere Erläuterungen zu einzelnen Punkten**

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf Art. 16 des Bayerischen Datenschutzgesetzes und ist für die Bearbeitung erforderlich. Die übermittelten Daten werden nur für diesen Zweck genutzt. Sofern eine Speicherung nicht mehr erforderlich ist, werden die Daten gelöscht.