



Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg

Hausärztliche Versorgung
Zollnweg 22a
38228 Salzgitter-Lichtenberg

Gemeinschaftspraxis SZ-Lichtenberg GbR | Zollnweg 22a | 38228 Salzgitter

Dr. med. Simone Modro-Splitt
Fachärztin für Innere Medizin (hausärztliche
Versorgung), Akupunktur, Rettungsmedizin,
Palliativmedizin

Dr. med. Roland Michalski
Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin

Dr. med. Gudula Hagemann
Fachärztin für Allgemeinmedizin (angestellt)

Merle Tschepe
Fachärztin für Allgemeinmedizin (angestellt)

**Zollnweg 22a
38228 Salzgitter-Lichtenberg**

BSNR 072046600

Tel +49 (0) 5341 / 85 38 0

Fax +49 (0) 5341 / 85 38 20

info@arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de
www.arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de

Arztpraxis-Salzgitter-Lichtenberg.KVN@kv.dox.kim.telematik

Liebe*r Patient*in,

Sie haben uns gebeten, einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme zu unterstützen. Damit wir diesen Antrag erfolgreich begründen können, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe.

Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme dient der **Wiederherstellung Ihrer Gesundheit** und kann helfen, eine **drohende Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit** zu verhindern.

Damit Ihr Antrag Aussicht auf Erfolg hat, müssen wir belegen, dass:

- **alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft** wurden,
- diese Behandlungen **nicht ausreichend helfen**, und
- eine **Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit** zu erwarten ist, wenn keine Rehamasnahme erfolgt.

Ambulante Maßnahmen umfassen z. B.:

- Krankengymnastik / Physiotherapie
- Fachärztliche Behandlungen
- Psychotherapie / Verhaltenstherapie
- Eigene Aktivitäten (Sport, Entspannungsverfahren, Rückenschule, etc.)
- Gesundheitskurse, Selbsthilfegruppen, VHS-Angebote
- Von der Krankenkasse unterstützte Präventionsmaßnahmen

Zusätzlich benötigen die **Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger** Angaben zu:

- Ihrer beruflichen Situation (Tätigkeit, Belastungen, Arbeitszeiten, Dauer der Krankschreibung etc.)
- Ihren aktuellen gesundheitlichen Beschwerden
- Ihren Einschränkungen im Alltag
- Sozialen oder persönlichen Belastungsfaktoren (Pflege von Angehörigen, familiäre Belastungen, finanzielle Sorgen etc.)

Wir ergänzen Ihre Angaben mit ärztlichen Befunden und Berichten.

Bitte beachten Sie: Eine Ablehnung durch den Kostenträger ist keine Bewertung Ihrer Angaben oder unserer Arbeit, sondern meist ein Hinweis darauf, dass laut deren Kriterien aktuell (noch) keine Reha bewilligt werden kann.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich. Suchen Sie sich die passende Antwort heraus. Wenn Sie keine Antwort geben können oder möchten, tragen Sie nichts ein.

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ / Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Sozialversicherungsnummer Deutschen Rentenversicherung

ggf. Kennzeichen

Welche gesundheitlichen Leiden sollen in erster Linie im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme verbessert werden?

Beschreiben Sie kurz **Ihre Krankheitsgeschichte** zu den o.g. gesundheitlichen Leiden. Wann hat diese begonnen? Wie kommt es dazu, dass Sie eine Rehabilitationsmaßnahme benötigen?

Welche Einschränkungen ergeben sich hieraus für Sie im Beruf und im Alltag? Warum droht eine Erwerbsunfähigkeit?

Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten haben Sie bereits durchgeführt? Wie bereits oben beschrieben müssen wir nachweisen, dass Sie alle ambulanten Möglichkeiten bereits ausgeschöpft haben, nicht das gewünschte Ergebnis erreicht wurde und eine Erwerbsunfähigkeit droht.

- Behandlung beim Facharzt? Welcher Facharzt bzw. welches Fachgebiet?

- Physiotherapie (Krankengymnastik) – was haben Sie in der Physiotherapie gemacht und/oder gelernt?

- Ergotherapie – was haben Sie in der Ergotherapie gemacht und/oder gelernt?

- Logopädie – was haben Sie in der Logopädie gemacht und/oder gelernt?

- Psychotherapie (psychologischer Psychotherapeut, ärztlicher Psychotherapeut, Heilpraktiker mit Psychotherapie-Ausbildung) – was haben Sie in der Psychotherapie gemacht und/oder gelernt?

- Rehasport/Funktionstraining – was haben Sie hier gemacht und/oder gelernt?

- Eigener Sport – was für eine Sportart, welches Trainingsziel? Wie häufig und seit wann?

- Selbsthilfegruppe – was für ein Schwerpunkt, wie häufig und seit wann?

- Anderes – was haben Sie noch probiert, um Ihre Gesundheitseinschränkungen zu behandeln?

Lebensumstände

Erlerner und zuletzt ausgeübter Beruf

In Rente seit

Wochenarbeitszeit:

Stunden pro Woche

Schichtdienst

Wochenendarbeit

Arbeitgeber:

Pflegegrad 1

2

3

4

5

Grad der Behinderung (GdB):

Lebenssituation

mit Partner lebend

mit Ehepartner lebend

alleine lebend

bei Familie lebend

in einem Haus

in einer Wohnung

Eigentum

zur Miete

Besonders belastende Lebensumstände (z.B. Pflege oder Tod von schwerkranken Angehörigen, keine Unterstützung durch Angehörige, Mehrfachbelastung, soziale Isolation, Schwierigkeiten in der Bewältigung von Alltagsproblemen, finanzielle Sorgen etc.)

Risikofaktoren?

Alkohol

Übergewicht

Bewegungsmangel

Drogen

Stress

Schichtarbeit

Nikotin

Untergewicht

Schlafstörung

Finanzprobleme

Sind Sie auf **Hilfsmittel** angewiesen (z.B. Rollstuhl, Treppenlift, Rollator, Gehstock)? Welche?

Gewicht

 kg

Größe

 cm

Gewicht konstant?

 ja

 nein

Haben Sie das Gefühl, dass sich die eingangs genannten gesundheitlichen Leiden binnen des letzten Jahres verschlechtert haben? Seit wann?

Was konkret erhoffen Sie sich durch die medizinische Rehabilitationsmaßnahme?

Gewünschter Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme

Psychosomatik Orthopädie Neurologie Lungenheilkunde

Psychotherapie Sucht Sonstige:

Gibt es noch etwas Wichtiges, was Sie uns mitteilen wollen?

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort

Datum

Unterschrift Patient*in/ggf. gesetzliche*r Vertreter*in