



Anmeldung zur ambulanten neurologischen Komplexbehandlung und Rehabilitation Neurologische Therapie RheinAhr

Neurologische Therapie RheinAhr
Schülzchenstr. 8-10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641/98040
Fax: 02641/980444
Email: info@neuro-therapie.de

Absender (Stempel/Arztstempel/Telefon/Fax)

Personalien des Patienten:

(AUFKLEBER)

Name:

Vorname:

Straße

PLZ/Ort:

Wichtig: Telefonnummer Patient/Angehörige/Betreuer:

Datum:

Kostenträger:

Versicherungsnummer:

- Rehakonsil durch NTRA erwünscht**
- Anmeldung AHB
- Anmeldung zur mobilen Rehabilitation
- Anmeldung zur Anschlussrehabilitation
- Anmeldung mit Formular 61 KV

Rehabilitationsdiagnose:

Zeitpunkt der Erkrankung:

Rehabilitationsrelevante Begleiterkrankungen:

Ist häusliche Versorgung gesichert? ja nein

Angaben zum Rehabedarf des Patienten

- | | ja | nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Liegen funktionell-motorische Störungen vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Gangaktivitäten, Haltungskontrolle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Handaktivitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Liegt eine Beeinträchtigung der Sprach/Sprechfunktion vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Liegt eine Schluckstörung vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Liegen kognitive Störungen vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Liegt eine Wahrnehmungsstörung, Neglect vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Liegt eine affektive Störung vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Liegen Blasen-/Mastdarmstörung, Inkontinenz vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Besteht höherer Pflegebedarf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Sind Hilfsmittelberatung und -verordnung erforderlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Teilhabe-Ziele? Selbständige Lebensführung <input type="checkbox"/> Familie/Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Beruf/Arbeit <input type="checkbox"/> | | |
| ➤ Sonstiges: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn bekannt, bitte angeben: **BARTHEL-Index**

FIM-Score

- Gewünschter Aufnahmeterrin
- Ist Kostenübernahmeantrag bereits gestellt: ja / nein
- **Bitte Kopien der Befunddokumente und Berichte beifügen**
- **Bei ambulanter Anmeldung bitte Konsiliarüberweisung „Neurologische Reha“ ausstellen**

Anmerkung: Bei Problemen mit Antragstellung, Kostenübernahme bzw. in der Therapie-Koordination sind wir Ihnen gerne behilflich. Fahrtkosten zur Reha werden bei medizinisch begründetem Bedarf in der Regel auf Antrag vom Kostenträger übernommen.