



Therapie- und Rehabilitationszentrum Solemar  
 Huberstr. 8  
 78073 Bad Dürkheim

Rehaansprechpartner Herr Klaus Lang  
 Tel.: 0 77 26 / 66 63 55  
 Fax: 0 77 26 / 66 63 09  
 lang@badduerheim.de

## Ärztliche Verordnung zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitation oder EAP (Für gesetzliche Krankenkassen nach § 40 , Abs. 1 SGB V)

- Wirbelsäulensyndrome bei akuten und chronischen Bandscheibenerkrankungen (auch postoperativ) mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik, Spondylolysen, Spondylolisthesen, instabile WS-Frakturen (auch postoperativ)
- Operativ o. konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten) Schulterläsionen, RM-Rupturen, Luxationen, Impingement, ausgeprägte Schultersteife
- Prothetischer Gelenkersatz  Operationen am Skelettsystem
- Amputationen großer Gliedmaßen  \_\_\_\_\_

### 1. Medizinische Daten

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

Unfall-Datum: \_\_\_\_\_ OP-Datum: \_\_\_\_\_

Ambulant  Stationär von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

OP-Ergebnis:  Übungsstabilität  Teilbelastung \_\_\_\_\_ kg  
 Vollbelastung ab \_\_\_\_\_ Woche

Externe Befunde:  Entlassbrief/Arztbrief  OP-Bericht  Röntgen-/CT-/MRT-Bericht

Therapieanweisung/Voraussichtlicher Reha-Beginn: \_\_\_\_\_

### 2. Ärztliche Verordnung

Die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme oder EAP im Therapie- und Rehabilitationszentrum Solemar halte ich für erforderlich. Voraussichtliche Therapieeinheiten:

10 Tage  15 Tage  20 Tage \_\_\_\_\_ x wöchentlich

### 3. Bemerkungen/Ziele

- eine ambulante vertragsärztliche Heilmittelversorgung reicht **nicht** aus
- der Patient wird deutlich schneller mobilisiert und in den Arbeitsprozess integriert, ohne dass der Erhalt der Erwerbsfähigkeit gefährdet ist
- eine stationäre Rehabilitation wird  verkürzt  vermieden
- \_\_\_\_\_

Bitte vom Rehabilitanden unterschreiben lassen! →

(Bitte beide Seiten faxen!)

Praxis-/Klinikstempel

Datum

Unterschrift

## Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialleistungsträger / der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den Ärzten und Einrichtungen, die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 264 Sozialgesetzbuch V (SGB.V) in Verbindung mit § 60 SGB I.  
Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.