

An die Krankenkasse

Antrag des Versicherten zur stationären Rehabilitationsbehandlung

Patient:

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Anschrift

Vers.-Nr.	Versicherter
-----------	--------------

- stat. med. Vorsorgeleistung (§ 23 SGB V) stat. med. Rehabilitationsleistung (§ 40 SGB V)
 Kinderheilbehandlung (§§ 23, 40 SGB V) Davoser Modell (§ 39 SGB V i.V.m. § 23 SGB V)

Gewünschter Rehabilitationsort: Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang Allergieklinik Davos
CH 7265 Davos-Wolfgang

Begründung:

Aufgrund des Gesundheitszustandes ist eine Reha vor Ablauf der gesetzl. Frist von vier Jahren dringend erforderlich!	<input type="checkbox"/> eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, <input type="checkbox"/> einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, <input type="checkbox"/> Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden, <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit zu vermeiden <input type="checkbox"/> Vermeidung von chr. Krankheit / Behinderung
--	--

Diagnose:

	ICD 10				

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Bisherige Therapie (Medikamente, physikalische Therapie, ...)

Indikation für die Behandlung im Hochgebirge:

<input type="checkbox"/> Allergenkarenz..... Zeitraum: von.....bis.....	<input type="checkbox"/> Notwendigkeit eines Reizklimas im Hochgebirge (über 1500m)
<input type="checkbox"/> Vermeidung von Aspergillose	<input type="checkbox"/> Emulsionsbelastung im Flachland
<input type="checkbox"/> UV - Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Spezialisierung auf Nahrungsmittelallergiker /Ernährungsberatung
<input type="checkbox"/> Trockenheit und Keimarmut	<input type="checkbox"/> Psychosomatische Behandlung
<input type="checkbox"/> grundlegende Patientenschulung	<input type="checkbox"/> Schulung der Angehörigen
<input type="checkbox"/> Atemschule (spez. VCD, COPD...)	<input type="checkbox"/> Inhalation
<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/ Sporttherapie
<input type="checkbox"/> Low vision training	<input type="checkbox"/>

Untersuchungsbefund vom: __.__.____ liegt bei.

Untersuchungsbefund des Facharztes..... vom: __.__.____ liegt bei.

Untersuchungsbefund der Klinik..... vom: __.__.____ liegt bei.

ärztliches Gutachten von (MDK, BG, Arbeitsamt,..... vom: __.__.____ liegt bei.

Grad der Behinderung.....% Merkzeichen

Reisefähigkeit besteht: ja nein nur mit Begleitung

Begleitperson ist für den Behandlungsaufenthalt notwendig

Haushaltshilfe für Familienangehörige (Kinder/ Schwerbehinderte) ist notwendig

Behindertengerechte Einrichtung ist notwendig

Sonstiges/ Begründung:

Datum

Unterschrift

Stempel