

Bescheinigung*) zur ärztlichen Folgeverordnung von

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum |

 Rehabilitationssport
 Funktionstraining

gemäß Ziffer 15.2 der Rahmenvereinbarung über den
Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003

Die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung ist nicht bzw. noch nicht möglich, da bei dem Patienten krankheits- bzw. behinderungsbedingt die notwendige Motivation nicht bzw. noch nicht gegeben ist

Diagnose

Prognoseeinschätzung der Motivationsstörung vorübergehend dauerhaft

Ist der Patient psychisch ausreichend belastbar und gruppenfähig zur Durchführung des Übungsprogrammes in der Gruppe?

ja nein, weil

Bemerkungen

Datum

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes*)

Für die ärztliche Bescheinigung ist die Gebühr
nach Nr. 72 BMÄ/E-GO berechnungsfähig

*) Diese Bescheinigung kann nur ausgefüllt werden von einem Arzt/einer Ärztin aus dem neurologisch/psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachgebiet, einem Arzt/einer Ärztin mit der Gebietsbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einem Arzt/einer Ärztin mit einer Zusatzausbildung in psychosomatischer Grundversorgung