

Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung

der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung
im Lande Nordrhein-Westfalen



Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung
im Lande Nordrhein-Westfalen
Universitätsstr. 140
44799 Bochum

Ergänzende Angaben durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Versicherte/r (Name, Vorname, Geb.-Datum)

Ist Ihre Patientin/Ihr Patient belastbar für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation?

ja nein

Ist Ihre Patientin/Ihr Patient alleine reisefähig mit öffentlichen Verkehrsmitteln bzw. dem privaten PKW?

Hinweis: Die Gepäckbeförderung erfolgt bei Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln nicht durch die Patientin/den Patienten selbst, sondern durch ein Logistikunternehmen von Haus zu Haus.

ja nein

Ist für die Anreise aus medizinischen Gründen eine Begleitperson erforderlich?

nein ja, weil _____

Ist eine Abholung durch die Rehabilitationsklinik erforderlich?

ja nein

Die Primärbehandlung wurde beendet am: _____

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel