

# 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 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