

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