

Ergänzung zum Anschluss-Rehabilitationsantrag (ambulant)
(vom Patienten auszufüllen)

| | | |
|--|-----------------------------------|----------------------|
| Patient (Name, Vorname, ggf. Geburtsname) | BARMER-Versichertennummer: | Geburtsdatum: |
|--|-----------------------------------|----------------------|

| |
|---|
| ➤ Bitte erläutern Sie uns Ihre häusliche Situation ◀ |
| Wie sind Ihre Wohnverhältnisse (Haus, Wohnung, Etage)? |
| Müssen Sie Treppen steigen? Wenn ja wie viele zirka? |
| Ist im Haus ein Fahrstuhl vorhanden? |
| Familienstand? |
| Leben Angehörige mit Ihnen in einem Haushalt? Wenn ja, wer? |
| Ist der Angehörige in der Lage, Sie nach dem Krankenhausaufenthalt zu betreuen und zu versorgen? |

Befindet sich in Ihrer Nähe eines der unten angeführten ambulanten Rehabilitationszentren?

| | | | |
|---|-------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Köln Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln Aachener Str. 445-449 50933 Köln | Orthopädie | <input type="checkbox"/> Hürth Pro Medik Krankenhausstr. 38-40 50354 Hürth | Kardiologie/ Orthopädie |
|---|-------------------|--|--------------------------------|

| | | | |
|--|-------------------|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Bergisch-Gladbach Reha-Marienberg Dr.-Robert-Koch-str. 18 51465 Bergisch Gladbach | Orthopädie | <input type="checkbox"/> Leverkusen Reha-Zentrum Remigius-Krankenhaus-Opladen An St. Remigius 26 50931 Köln | Orthopädie |
|--|-------------------|---|-------------------|

| | | | |
|---|--------------------|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Köln Medifitreha GmbH Joseph-Stelzmann-Str. 9 50931 Köln | Kardiologie | <input type="checkbox"/> Bonn Ambulantes Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe Waldstr. 2-10 51379 Leverkusen | Neurologie |
|---|--------------------|---|-------------------|

| |
|--|
| Haben Sie noch weitere Erkrankungen, wenn ja, welche? |
| Würden Sie eine ambulante Rehabilitation in einer der oben genannten Einrichtungen in Anspruch nehmen? Wenn nicht, was spricht aus Ihrer Sicht dagegen? |
| Name und Anschrift Ihres Hausarztes: |
| Datum und Unterschrift: |

Vielen Dank!

| | | |
|---------------------|--------------------------|------------------------------|
| Krankenhaus: | Sozialarbeiter/in | Telefon Sozialdienst: |
|---------------------|--------------------------|------------------------------|