

Bitte senden Sie den Fragebogen zum Ausfüllen
an Ihren zuständigen Facharzt und anschließend
mit allen erforderlichen Anlagen unterschrieben
an uns zurück.

Versorgungswerk
der Architektenkammer Sachsen
Gustav-Adolf-Straße 2
01219 Dresden

Teilnehmernummer

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Posteingang beim VW

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Kostenbeteiligung bei Rehabilitations-Maßnahmen

VOM FACHARZT ELEKTRONISCH AUSZUFÜLLEN!

1. Wann und wo wurde der Antragsteller untersucht?

2. Seit wann ist Ihnen der Antragsteller bekannt?

3. Haben Sie den Antragsteller schon früher untersucht?

ja

nein

Wenn ja, wann und wegen welcher Erkrankung oder Verletzung?

4. Sind Sie mit dem Antragsteller verwandt oder verschwägert?

ja

nein

5. Ist der Antragsteller derzeit arbeitsunfähig?

ja

nein

Wenn ja, seit wann:

Wegen:

bitte wenden

Diagnosen:

In der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung
(als Funktionsdiagnosen mit Angaben der ICD-Code)

Teilnehmernummer

Aktuelle Beschwerden und Funktionseinschränkungen:

Taubheit

Blindheit

wesentliche Gehbehinderung

Rollstuhl

sonstige Behinderungen:

Krankheitsvorgeschichte, Risikofaktoren sowie tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren:

Alkohol

Drogen

Medikamente

Nikotin

Sonstige: _____

| | | |
|--|-------|------|
| Ist die Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben? | ja | nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? | ja | nein |
| Kann der Patient ohne Hilfe essen? | ja | nein |
| Kann sich der Patient alleine waschen und anziehen? | ja | nein |
| Kann sich der Patient alleine in der Reha-Klinik bewegen? | ja | nein |
| Besteht Harninkontinenz? | ja | nein |
| Liegt ein Blasenkatheter vor? | ja | nein |
| Besteht Stuhlinkontinenz? | ja | nein |
| Kann der Patient: | | |
| mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen? | ja | nein |
| Wenn nein, welches Verkehrsmittel? | <hr/> | |
| ohne Begleitperson reisen | ja | nein |
| Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? | ja | nein |
| Wenn nein, in welcher? | <hr/> | |

Gesundheitsschäden sind entstanden durch:

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. Arbeits-/Wegeunfall, Berufskrankheit | 2. Wehrdienstbeschädigung |
| 3. Unfall | 1. – 3. Entfällt |

Bemerkungen:

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt:

| | |
|---|------------------------------|
| des Versorgungswerkes | der Reha-Einrichtung |
| Der Antrag erfolgt auf meine Anregung | ja nein |
| Bitte um Rücksendung der beigelegten Unterlagen | ja nein |

Etwaige Kosten dieses Befundberichtes gehen zu Lasten des Antragstellers.

Datum

Unterschrift und Stempel Arzt