

## Anmeldebogen zur neurologischen Rehabilitation

Tel: 05621/794-860/-861, Fax: 05621/4633

**Anmeldende Klinik:** ..... **Pat. Daten:** (Aufkleber bitte benutzen)

**Behand. Arzt** ..... Name, Vorname  
Geb.Dat.:  
Wohnort:

**Station:** ..... **Kostenträger:**  
**KV-Nr.:**  
**Zusatzversicherung bei:**  
**Wahlleistung:** EZ , DZ , CA

**Tel:**  
**Fax:**

**Wunschlinik:**

**Diagnose/n:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Akutdatum:**

**stationär seit:**

**Verlegung möglich ab:**

**Aktuelle Anamnese:**

**Bisheriger Verlauf:**

**Angabe von Reha-Potential und Reha-Ziel:**

**Prognose und Einschätzung des zeitlichen Reha-Bedarfs:**

