

## FACHÄRZTLICHER BERICHT

zur Genehmigung einer außergewöhnlichen Behandlung im Ausland

### Allgemeine Angaben zum Patienten

#### Allgemeine Angaben

Anrede	<input type="text"/>
Name (Geburtsname)	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

### Allgemeine Angaben des Facharztes

Titel	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
LIKIV-Nummer	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

## Angaben zum Antrag auf Langzeitrehabilitation

### Hauptdiagnose(n) nach ICD 10

1. Diagnose

Diagnose, aufgrund der die Langzeitrehabilitationsmaßnahme notwendig ist

Art der Anfrage

Referenz

### Gewünschter Zeitraum der Leistung

von

 ·  · 

bis

 ·  · 

Begründung, warum die Langzeitrehabilitationsmaßnahme erforderlich ist

Ziele, welche mit der Maßnahme erreicht werden sollen

Wie hoch sind die Erfolgsaussichten die beschriebenen Ziele zu erreichen?

Begründung warum die Langzeitrehabilitationsmaßnahme im Ausland und in der vorgeschlagenen ausländischen Einrichtung durchgeführt werden soll

Einschätzung der Motivation des Patienten: wird der Patient die Maßnahme zu Ende führen.

Wie schätzen Sie die Therapiefähigkeit ein?

### Interessenserklärung

Hiermit erkläre ich, dass der oben genannte Patient nicht an einer ansteckenden Krankheit oder an einer multiresistenten Infektion leidet.

Datum	Unterschrift des Facharztes
-------	-----------------------------