

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

(Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑)

Familienname(n)	Titel	Vorname(n)	Polizzenummer
Patient(in)			

Anschrift: _____ Telefon Nr.: _____

Ärztliche Stellungnahme (Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑)

für _____ für _____

Tag | Monat | Jahr männlich weiblich

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant
(Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit Datumsangabe)

Antragsrelevante Diagnose

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen) Größe _____ Gewicht _____ RR _____

a) maßgebliche Befunde und Funktionseinschränkungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Rehabilitation)
Nebenerkrankungen, Geisteskrankheiten, Sucht, ansteckende Krankheiten wie HIV, TBC und sonstige, andere medikamentöse Behandlung

Rehabilitation stationär ambulant in _____

<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Stützapp./Rheumat. Formenkreis
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Neuro-/Chirurgie/Unfall
<input type="checkbox"/> Onkologie	<input type="checkbox"/> Psychiatrie/Psychosomatik
<input type="checkbox"/> Stoffwechselsystem	<input type="checkbox"/> Sonstige _____

Hinweis: Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.

Patient(in)
 benötigt Diät nein ja Art _____
 ist gehfähig nein ja mit Hilfsmittel nein ja Rollstuhl nein ja
 benötigt Begleitperson nein ja für die Anreise für den Aufenthalt
 benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) nein ja
 benötigt Transport nein ja
 Rettungswagen mit Sanitäter ohne Sanitäter

Datum, Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin bzw. der Krankenanstalt

Von der/dem Versicherten bzw. der gesetzlichen Vertretung auszufüllen

(Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑)

Meine persönlichen, insbesondere meine gesundheitsbezogenen, Daten werden zum Zweck der Aufnahme in einer Rehabilitationseinrichtung an die Aufnahmestelle einer in Frage kommenden Rehabilitationseinrichtung oder an eine befugte und entsprechend autorisierte Koordinationsstelle (z.B. Zentrales Bettenmanagement) einer Gruppe von Rehabilitationszentren übermittelt. Die Übermittlungsempfänger werden mir auf meine Anfrage hin von der DONAU Versicherung AG mit Name und Anschrift bekanntgegeben. Meine Daten werden von der Koordinationsstelle ausschließlich zur Sicherstellung der geeigneten Aufnahme verwendet und nach dem Ende derselben unverzüglich gelöscht. Ich bin hiermit über meine Rechte auf Richtigstellung, Löschung und Auskunft sowie das jederzeitige Recht auf Widerruf der Datenübermittlung und -verarbeitung aufgeklärt worden. Der Widerruf kann an die Email-Adresse **S.Wendt@donauversicherung.at** gerichtet werden.

ich bin einverstanden _____
 ich bin nicht einverstanden Datum, Unterschrift des/der Versicherten bzw. der gesetzlichen Vertretung

Von der DONAU Versicherung AG auszufüllen (Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑)

Rehabilitaion stationär ambulant, bewilligt.

Für: _____ Tage/Wochen. _____
Datum, Unterschrift und Stempel DONAU