

Anschrift der Krankenkasse, Fax-Nummer

Krankenhausstempel/-adresse

## Antrag auf Kostenübernahme Neurologische Rehabilitation Phase C

Pat.-Name, Geburtstag, Anschrift

**Diagnosen:**

**Datum:**

Bei dem Patienten bestehen auf Grund der genannten Erkrankungen erhebliche Defizite, weshalb eine stationäre Behandlung in einer Neurologischen Fachklinik mit dem Ziel einer Reduktion der krankheitsbedingten Ausfallserscheinungen und hierdurch hervorgerufenen Behinderung dringend erforderlich ist.

Die Behandlung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt teilstationär oder ambulant nicht durchführbar.

Es liegt kein Pflegefall vor.

Die Voraussetzungen für eine AHB-Maßnahme durch den zuständigen Rentenversicherungsträger sind **aus medizinischen Gründen** nicht gegeben.

Ich habe oben genannten Patienten in der entsprechenden Abteilung der Neurologischen Klinik der Fachkliniken Wangen (Tel. 07522 797-1218) angemeldet und bitte um Ihre schriftliche Kostenzusage.

Die Klinik hat einen raschen Aufnahmetermin zugesagt.

Ein ausgefüllter Frühreha-Barthel-Index liegt als Anlage bei.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

An die zuständige Krankenkasse schicken oder faxen.  
Dann an die Neurologische Klinik, Fachkliniken Wangen faxen (07522 797-1192).