



Datum:

Arztstempel

Empfehlung zum Antrag auf Kostenerstattung für das Routine Nachsorgekonzept

Sehr geehrte Damen und Herren,

Folgendes Nachsorgekonzept wird für Patient empfohlen.

- HandReha/CRPS. Obere Extremität
- Phantomschmerzen. Obere Extremität
- HandReha/CRPS. Untere Extremität
- Phantomschmerzen. Untere Extremität

- 6 Monate
- 12 Monate

Bei Nichterfolg kann die Maßnahme jeweils zum nächsten Monatsende beendet werden

Hinweis an den Arzt: Optimale Ergebnisse werden mit zu Beginn begleitender Ergotherapie erzielt. Diese ist vor Ort oder auch einfach über unser Programm per Videosprechstunde mit geschulten Therapeuten möglich. Bitte stellen Sie bei Bedarf eine separate Ergotherapie-Verordnung aus.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Kontaktdaten des Patient-/in:

Vor-/ Nachname	
Telefon/ E-Mail	
BG/UK Kostenträger	
Aktenzeichen	
Sach- bearbeiter	

Einverständniserklärung Patient-/in

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an die **Routine Health GmbH** weitergegeben werden dürfen.

Die Routine Health GmbH benutzt diese Daten ausschließlich um die Versorgung mit dem Routine Nachsorgekonzept zu ermöglichen. Kommt eine Versorgung nicht zustande, werden die Kontaktdaten umgehend gesperrt.

Ort, Datum und Unterschrift Patient

Bitte schicken Sie den Antrag per Fax an: **0211 730635-99**
Routine Health GmbH, antrag@routine.health