



Datum:

Arztstempel

Empfehlung zum Antrag auf Kostenerstattung für das Routine Ergotherapie-Nachsorgekonzept

Sehr geehrte Damen und Herren,

Folgendes Therapiekonzept wird für Patient empfohlen.

- CRPS. Obere Extremität
- CRPS. Untere Extremität
- Handfunktionsstörungen
- Phantomschmerzen. Obere Extremität
- Phantomschmerzen. Untere Extremität

6 Monat

Bei Nichterfolg kann die Maßnahme jeweils zum nächsten Monatsende beendet werden.

12 Monate

Hinweis: Das Routine Nachsorgekonzept beinhaltet **24 Einheiten Tele-Ergotherapie** und die **Routine Reha App** (sowie Peer-Coaching bei Phantomschmerzen). Die Ergotherapie erfolgt nach Absprache und Bedarf wöchentlich bzw. mehrmals pro Woche, die Reha App begleitet die Patienten im Eigentraining und unterstützt die Ergotherapie.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Kontaktdaten des Patient-/in:

Vor-/Nachname	
Telefon/E-Mail	
BG/UK Kostenträger	
Aktenzeichen	
Sachbearbeiter	
Telefon SB	

Einverständniserklärung Patient-/in

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten und die Behandlungsindikation an **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-/in

Bitte schicken Sie die Empfehlung per Fax (**0211 822678-29**) oder per Post an

Routine Health GmbH, Friedenstr. 51, 40219 Düsseldorf