

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



BOSCH



Besondere Versorgung

Qualifizierte Anfrage an den fachlichen Koordinator:

Hinweise Facharzt/Psychotherapeut:

Der/die Versicherte/r erfüllt nach meiner Auffassung die Voraussetzungen für die besondere fachärztliche Versorgung und hat der Teilnahme daran zugestimmt. Beschreibung des Falles (ggf. weiteres Blatt):

Ergänzende Hinweise:

Berufsunfähigkeit vor Erkrankung

ja nein

Arbeitsunfähigkeitszeiten

ja nein

1. von _____ bis _____

2. von _____ bis _____

Diagnosen:

zu 1. _____

zu 2. _____

Behandelnde Ärzte der letzten 12 Monate:

Hausärzte:

Fachärzte:

Stationäre Behandlung wegen folgender Diagnosen:

Stat. Einrichtung: _____

von _____ bis _____

Rehabilitation wegen folgender Diagnosen:

ja nein

Reha-Einrichtung: _____

von _____ bis _____

Diagnosen:

Bisherige Therapie(ansätze)/Intervention:

Medikation:

_____ Datum/Unterschrift/Stempel Facharzt/Psychotherapeut