

vorzulegen bei:

Gesundheitsamt Pfaffenhofen
Krankenhausstraße 70a
85276 Pfaffenhofen

E-Mail: gesundheitsamt-verwaltung@landratsamt-paf.de

**ANLAGE zum Antrag / Fragebogen
Kur- / Rehabilitationsmaßnahmen (Beihilfe)**

Medizinische Begründung des Antrags (auszufüllen durch behandelnde Ärztin*/behandelnden Arzt*)		
Antragsteller*in / Patient*in		
Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Von wem geht der Antrag auf das Heilverfahren aus? <input type="checkbox"/> von Patient*in <input type="checkbox"/> von Ärztin*/Arzt*		
Datum der letzten Befunderhebung:		
Antragsbegründende Diagnosen:		
Aktuelle Beschwerden:		
Relevante Krankheitsvorgeschichte:		
Bisher durchgeführte Therapien (Medikamente - Physikalische Therapie - Psychotherapie, bitte auch zeitliche Angaben (von / bis):		
Stationäre Behandlungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Besondere Belastungen (z. B. Alleinerziehend, Pflege v. Angehörigen usw.) / Bemerkung:		
Was soll durch die Reha-Maßnahmen erreicht werden (Rehabilitationsziel):		
Welchen Ort und welche Einrichtung wird von der behandelnden Ärztin*/vom behandelten Arzt* vorgeschlagen?		

Copyright: LRA Pfaffenhofen a.d. Ilm - FID4511-PV2-270624

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Ärztin*/Arzt*