

AN DIE KRANKENKASSE / KOSTENTRÄGER ZUR BEANTRAGUNG DER KOSTENÜBERNAHME

Anschrift
Krankenkasse

Arztstempel

Datum:

Betrifft: Ihr(e) Versicherte(r), Frau/Herr

geb. am, Adresse

KOSTENÜBERNAHME FÜR EINE STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG („Rehabilitationskur“),
(gemäß § 40, Abs. 2, SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

o.g. Patient(in) befindet sich seit in meiner ärztlichen Behandlung.

Diagnosen:
.....
.....
.....

Da im bisherigen Verlauf die ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, diese jedoch zu keinem durchgreifenden, anhaltenden Erfolg führten, ist nunmehr eine stationäre medizinische Rehabilitation erforderlich. Da eine Erfolg versprechende Therapie nur noch in der Kombination Schulmedizin und Ganzheitlichkeit erreicht werden kann, kommt nur eine Klinik in Frage, die die entsprechenden fachlichen und qualitativen Voraussetzungen erfüllt und deshalb nach § 111 SGB V von den Krankenkassen anerkannt ist. Ich schlage daher vor:

FACHKLINIK FÜR ORTHOPÄDIE & INNERE MEDIZIN
Kurparkklinik (IK 511 601 338)
Heinrich – Heine – Park 1 ♦ 37308 Heilbad Heiligenstadt ♦ Tel.: 03606/663-0 ♦ Fax: 03606/663-199
Verwaltung: Aegidienstraße 13 ♦ 37308 Heilbad Heiligenstadt ♦ Tel.: 03606/663-60 ♦ Fax: 03606/663-699
<http://www.heilbad-heiligenstadt.de>

Mit freundlichen Grüßen