

Anlage 3.2 Überweisung zur Interdisziplinären Diagnostik

Überweisung zur Begutachtung gemäß BremLRV IFF

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Adresse		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Vers.-Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Anamnese

Eigenanamnese

Familien-/Sozialanamnese (Erkrankungen, Geschwister, Belastungen, Ressourcen)

Berichte/Befunde in der Anlage

- | | | | | |
|---|--|------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankenhausberichte | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Neuropädiatrie | <input type="checkbox"/> Apparative Diagnostik | | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Logopädie _____ Therapieeinheiten | | | <input type="checkbox"/> Physiotherapie _____ Therapieeinheiten | |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie _____ Therapieeinheiten | | | | |
- Schwerbehindertenausweis GdB _____ % Merkzeichen _____ Pflegegrad _____

Diagnosen

--

Befund

--

_____ Datum	_____ Unterschrift der Ärztin / des Arztes	_____ Stempel
-------------	--	---------------