

# BESCHEINIGUNG DER REHAFÄHIGKEIT

Name des Versicherten : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

## **Feststellung der Rehafähigkeit :**

Hiermit wird bescheinigt, dass die oben genannte Person nach eingehender ärztlicher Untersuchung als rehafähig im Sinne der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gilt. Die medizinischen Voraussetzungen für eine Rehabilitation sind erfüllt.

## **Erforderliche Maßnahmen und Empfehlungen :**

Empfohlen werden die Durchführung einer stationären oder ambulanten Rehabilitation sowie die Teilnahme an speziellen Therapien zur Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Die Rehabilitationsmaßnahmen sollen zeitnah begonnen werden.

## **Behandlungserfolg und Prognose :**

Die Prognose für eine erfolgreiche Rehabilitation ist gut, sofern die empfohlenen Maßnahmen regelmäßig durchgeführt werden. Eine kontinuierliche ärztliche Überwachung wird empfohlen.

## **Weiterführende Hinweise :**

Diese Bescheinigung ersetzt keine Krankschreibung und ist ausschließlich für Zwecke der Rehabilitationsbeantragung gültig. Die Gültigkeit der Bescheinigung richtet sich nach den Vorgaben der zuständigen Reha-Träger.

**ARZT / ÄRZTIN**

**VERSICHERTER**

Unterschrift : \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/bescheinigung-rehafahigkeit/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.