

Patientenanmeldung für Ärzte

per Fax: 040 / 22 60 12 07
per Mail: arbeits therapie@praxisweinberg.de



Name: _____
Geburtsdatum: _____ Tel. d. Pat.: _____
Leistungsträger: _____
Aktenzeichen: _____
Unfalltag: _____
Beh. Arzt: _____
Tel: _____ Fax: _____

ARBEITSTHERAPIE

Wiesenkamp 22A • 22359 Hamburg
Tel 040 22 60 12 06 • Fax 040 22 60 12 07
E-Mail arbeits therapie@praxisweinberg.de

ERGOTHERAPIE

Eulenkrugstraße 55-57 • 22359 Hamburg
Tel 040 22 60 13 01 • Fax 040 22 60 13 45
E-Mail ergotherapie@praxisweinberg.de
www.praxisweinberg.de

Für eine unkomplizierte Anmeldung füllen Sie das Formular bitte vollständig aus.

Sprechstunden - Information		Abteilung		Aktueller Status	
Klinik/Praxis:		UC	HC	ABE läuft seit:	EAP bis:
Arzt:	Tel:			Sonstiges:	
Datum:					

Empfehlung für:

Arbeitsdiagnostik nach Weinberg

Arbeitsdiagnostik Arbeitsplatz mit therapeutisch begleiteter Arbeits- und Belastungserprobung nach Weinberg

Arbeitsdiagnostik Beruf Arbeitstherapie / Betriebliches Arbeitstraining (VO 11.5)

Arbeitsdiagnostik Arbeitsmarkt Ergotherapie / Handtherapie (VO 11.1)

Zusätzliche Informationen

Kostenübernahme	Berichterstattung
bereits durch BG genehmigt	E-Mail Post Fax
Abklärung d. Kosten durch Praxis Weinberg	an:
	Möglicher Beginn der Maßnahme
	sofort ab KW

Rückmeldung an den o.g. Arzt (wird von Praxis Weinberg ausgefüllt)

Kontaktaufnahme an BG erfolgte am:

Empfohlene Maßnahme ist:

durch BG **genehmigt**

und terminiert für den:

nicht genehmigt, weil:

Versand des Berichts erfolgt in der Regel 1-2 Tage nach der Maßnahme!