

**Hinweis:** Dieses Dokument ist vom behandelnden oder einweisenden Arzt auszufüllen!

## ANSCHRIFT DES KOSTENTRÄGERS

Name der Versicherung	Ansprechpartner
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

## ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

für die Behandlung in der Blumenburg Holding GmbH

### Antragsteller:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Versichertennummer

## EINWEISUNGSBEGRÜNDENDE DIAGNOSEN

(die alleinige Diagnose „Burn-out (Z72)“ reicht meist nicht aus)

Hauptdiagnose/Einweisungsdiagnose (nach ICD-10 GM):
Nebendiagnosen, auch somatische (nach ICD-10 GM):
Bisherige Therapie

**Hinweis:** Dieses Dokument ist vom behandelnden oder einweisenden Arzt auszufüllen!

Erreichtes Ergebnis

### **BEGRÜNDUNG DER NOTWENDIGKEIT EINER STATIONÄREN BEHANDLUNG**

- Bisherige ambulante Behandlungen reichen aufgrund des Schweregrads der Erkrankung als Therapie nicht aus (Beschreibung der Erkrankung nach ICD-10):  
\_\_\_\_\_
- Komplexität der Erkrankung / Komorbiditäten
- Krisenhaftigkeit der Erkrankung
- Notwendigkeit der Distanzierung zu der belastenden sozialen Situation
- Unzureichende Stabilisierung durch medikamentöse Behandlung
- Das Krankheitsbild / Schweregrad der Erkrankung erfordern aktuell eine erhöhte und engere fachärztliche Präsenz
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### **KONTAKTDATEN DES ARZTES**

für etwaige Rückfragen

Nachname, Vorname	Straße, Hausnummer	PLZ / Ort
Telefon	Fax	E-Mail

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes