

Reha & Co Das Therapieteam, Pappelstraße 29, 30890 Barsinghausen

Frau
Daniela Arnold
Hildesheimer Straße 139B
30880 Laatzen

<h2>Verordnungs-Bericht</h2>			
<p>Personalien der oder des Versicherten</p> <p>Wagner Name</p> <p>Anke Vorname</p> <p>24.07.1976 geb. am</p>	<p>Verordnungsdatum: 03.06.2024</p> <p>Diagnosegruppe: ST4</p> <p>Therapeutische Diagnose: Lorem ipsum dolor sit amet</p>		
Empfehlung der Therapeutin oder des Therapeuten			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> Fortführung der Therapie <input type="checkbox"/> Therapiepause <input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie <input checked="" type="checkbox"/> Wiedervorstellung in 6 Wochen <input checked="" type="checkbox"/> Andere Therapie Lorem ipsum </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie Minuten 60 <input type="checkbox"/> Gruppentherapie Minuten <input type="checkbox"/> Doppelbehandlung <input checked="" type="checkbox"/> Frequenz Anzahl/ Woche 2 <input type="checkbox"/> Hausbesuch </td> </tr> </table>		<input checked="" type="checkbox"/> Fortführung der Therapie <input type="checkbox"/> Therapiepause <input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie <input checked="" type="checkbox"/> Wiedervorstellung in 6 Wochen <input checked="" type="checkbox"/> Andere Therapie Lorem ipsum	<input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie Minuten 60 <input type="checkbox"/> Gruppentherapie Minuten <input type="checkbox"/> Doppelbehandlung <input checked="" type="checkbox"/> Frequenz Anzahl/ Woche 2 <input type="checkbox"/> Hausbesuch
<input checked="" type="checkbox"/> Fortführung der Therapie <input type="checkbox"/> Therapiepause <input type="checkbox"/> Beendigung der Therapie <input checked="" type="checkbox"/> Wiedervorstellung in 6 Wochen <input checked="" type="checkbox"/> Andere Therapie Lorem ipsum	<input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie Minuten 60 <input type="checkbox"/> Gruppentherapie Minuten <input type="checkbox"/> Doppelbehandlung <input checked="" type="checkbox"/> Frequenz Anzahl/ Woche 2 <input type="checkbox"/> Hausbesuch		
<p>Zusammenfassung Therapieverlauf, ggf. Begründung zur Empfehlung</p> <p>Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet. Lorem ipsum dolor sit amet, consetetur sadipscing elitr, sed diam nonumy eirmod tempor invidunt ut labore et dolore magna aliquyam erat, sed diam voluptua. At vero eos et accusam et justo duo dolores et ea rebum. Stet clita kasd gubergren, no sea takimata sanctus est Lorem ipsum dolor sit amet.</p>	<p>Datum 11.07.2024</p> <p>Stempel/Adressdaten Leistungserbringer/in wenn nicht im Briefkopf</p>		
<p style="text-align: right;">Unterschrift Therapeutin / Therapeut wenn nicht digital versendet</p>			