



# Antrag auf Rehabilitation in der Fachklinik Prinzregent Luitpold für Kinder und Jugendliche

(§ 23 SGB V, § 40 SGB V, § 31 SGB VI)

Fachklinik Prinzregent Luitpold  
Oberschwenden 70  
88175 Scheidegg  
Tel. 08381/896-0 Fax: 08381/896-1011  
E-Mail: [info@klinikprinzregentluitpold.de](mailto:info@klinikprinzregentluitpold.de)  
[www.klinikprinzregentluitpold.de](http://www.klinikprinzregentluitpold.de)

Kind / Jugendlicher  Kind mit Begleitperson

Name u. Vorname des Kindes:		geb.:	
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Schulart: Klasse:	
Körpergröße:	cm	Gewicht:	kg
Name und Vorname der Mutter		geb.:	
Name und Vorname des Vaters:		geb.:	
Straße:			
PLZ Wohnort:		Telefon: Handy:	
Krankenkasse: Anschrift:  Versicherungsnummer:			
Rentenversicherung: Anschrift:  Versicherungsnummer:			
Name des Mitglieds:			
Diagnosen: Wichtigste Diagnose für die Behandlung bitte zuerst	1. 2. 3. 4. 5.		
Bisherige ambulante Therapie:			
gewünschtes Behandlungsziel			
Erforderliche Behandlungsdauer:	<input type="radio"/> 4 Wochen <input type="radio"/> 6 Wochen		
Datum, Unterschrift, Stempel des Arztes:			

QM\_01012008\_Formulare\_Freigabe: LTG 5.12.2007