

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Adresse des Versicherten		Geb. am
KassenNr.	VersichertenNr.	Status
BetriebsstättenNr.	ArztNr.	Datum



Post-Covid-Ambulanz WoGe eG
 Von-Steuben-Straße 17 • 67549 Worms
 Tel. 06241/2680499
 postcovid@woge-worms.de

**Hiermit wird die medizinische
 Notwendigkeit einer Beratung in der Post-
 Covid-Ambulanz bestätigt.**

 Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes

Telefonnummer Patient _____

E-Mail-Adresse Patient _____

Betreuender Hausarzt _____

Notwendigkeitsbescheinigung Post-Covid

Bitte alle zutreffenden relevanten Daten angeben:

Diagnose: _____

Hauptproblematik: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Angaben zur Infektion:

- Zeitpunkt der Infektion(en): _____
- Schweregrad der Infektion:
 - asymptomatisch
 - symptomatisch, Therapie ambulant
 - leichter Krankheitsverlauf
 - schwerer Krankheitsverlauf
 - symptomatisch, stationäre Therapie ohne Intensivstation
 - symptomatisch, stationäre Therapie mit Intensivstation

Behandlungswunsch: _____

Patient bringt mit:

- aktuelle Laborwerte
- aktuellen Medikamentenplan
- Befunde (Arztbriefe, Labor, EKG, MRT, Facharztbefunde, Lufu, etc.)

Bitte per E-Mail an **postcovid@woge-worms.de** senden. Vielen Dank.