

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

Telefonnummer Patient _____

E-Mail-Adresse Patient _____

Betreuernder Hausarzt _____

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

Datum / Stempel / Unterschrift des Arztes _____

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.