

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

Telefonnummer Patient _____

E-Mail-Adresse Patient _____

Betreuender 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@woqe-worms.de** senden. Vielen Dank.