



Welche Beschwerden liegen vor?

---

---

---

---

---

---

---

---

Bisher durchgeführte ambulante Behandlungsmaßnahmen inklusive medikamentöser Therapien? (Beginn / Dauer / Erfolg)

---

---

---

---

---

---

---

---

Kurze Begründung, weshalb eine stationäre Krankenhausbehandlung in der Oberbergklinik Schwarzwald medizinisch erforderlich ist. (Therapieplan – geplante Behandlungsdauer)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Arzt