

Zuweisung Ambulante Rehabilitation

Personalien

Name _____ Arbeitgeber _____
Vorname _____ PLZ/Ort _____
Strasse _____ Telefon Geschäft _____
PLZ/Ort _____ Versicherer _____
Geburtsdatum _____ Vers.-/Unfall-Nr. _____
Telefon privat _____
E-Mail-Adresse _____

Krankheit Unfall Invalidität

Diagnose

Therapie

Verordnung

9 Sitzungen
(wievielte Verordnung)

Physiotherapie	1.	2.	3.	4.
Ergotherapie	1.	2.	3.	4.
Logopädie	1.	2.	3.	4.
Neuropsychologie	1.			

Langzeitbehandlung
(Bis-Datum)

2 Therapien/Tag*

* Die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie am gleichen Tag ist nur möglich, wenn die 2-fache Behandlung pro Tag vom Arzt / der Ärztin verordnet wurde.

Ziel der Behandlung

Bemerkungen/spezielle Fragestellungen

Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt

Praxis/Klinik _____ E-Mail _____
Name, Vorname _____ Ort, Datum _____
KSK-Nr. _____ Unterschrift _____
Telefon _____

Physiotherapie

Funktionelle Bewegungstherapie
Neurophysiologische Konzepte (Bobath, PNF)
Sportphysiotherapie
Training der Haltungskontrolle / des Gleichgewichts
Manuelle Therapie
Triggerpunkt-Therapie
Klassische Massage und manuelle Lymphdrainage
Elektrotherapie, Ultraschall
Atemtherapie
Kinesiotape
Migränetherapie
Viscerale Osteopathie

Ergotherapie

Alltags- und handlungsorientierte Therapie
Hirnleistungs-Training
Visuelles Training (z. B. Doppelbilder, Hemianopsie)
Einkaufs-/Strassenverkehrs-/Koch-/Haushalts-Training
Fatigue- und Energiemanagement
Hilfsmittel- und Schienen-Versorgung
Ergonomie- und Arbeitsplatzgestaltung

Neuropsychologie

Diagnostik
Neuropsychologische Therapie
Delegierte Psychotherapie

Logopädie

Diagnostik und Therapie bei Sprachstörungen
und kognitiven Dysphasien
Diagnostik und Therapie bei Störungen der
Artikulation und des Sprechens
Diagnostik und Therapie bei Stimmstörungen
Diagnostik und Therapie bei orofacialen
Problemen und / oder Facialisparesen
Abklärung und Therapie bei Schluck- und
Kaustörungen
Hilfsmittel-Beratung
Angehörigen-Beratung