

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

Physiotherapie

Einzeltherapie

Gruppentherapie

Ergotherapie

Logopädie

Rehamedizinische

Sprechstunde

Neuropsychologische

Diagnostik

Therapie*

Verordnung

9 Sitzungen
(wievielte Verordnung)

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.

Langzeitbehandlung
(Bis-Datum)

* nur über Unfallversicherung
(UV), Kostengutsprache muss
vorliegen oder Selbstzahler

Ziel der Behandlung

Bemerkungen/spezielle Fragestellungen

Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt

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

Bitte falls vorhanden und für die weitere Behandlung hilfreich, separat (d. h. ausserhalb der ärztlichen Anordnung) zusenden:

- Angaben/Unterlagen zur (Verdachts-) Diagnose und bereits vorliegende Befunde
- Berichte inkl. Diagnose- und Medikamentenliste