

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

☐ Medizinische

Trainingstherapie (MTT)

☐ Ergotherapie

☐ Logopädie

☐ Ambulante Onkologische

Rehabilitation

☐ Rehamedizinische fachärztliche

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.

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

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 _____

Name, Vorname _____

KSK-Nr. _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____