

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

- ☐ Einzeltherapie
☐ Gruppentherapie

☐ Neuropsychologie

☐ Logopädie

☐ Rehamedizinische fachärztliche Sprechstunde

Verordnung

9 Sitzungen (wievielte Verordnung)

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

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 _____