

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 _____