

- ambulante Behandlung
- intensive ambulante Rehabilitation
- Neurologisches Tageszentrum
- Domizilbehandlung

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:

Name <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum
Vorname	Telefon-Nr.
Adresse	Versicherer
PLZ, Ort	Vers.-/Unfall-Nr.

<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Invalidität	Diagnose:	<input type="checkbox"/> separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG

Ziel der Behandlung:

Behandlung

<input type="checkbox"/> Bitte Rehabilitationsprogramm zusammenstellen	Anzahl	leer lassen
<input type="checkbox"/> 2 Therapiesitzungen pro Tag		
Physiotherapie <input type="checkbox"/> Einzelbehandlung <input type="checkbox"/> Gruppenbehandlung		
Physiotherapie im Wasser <input type="checkbox"/> Einzelbehandlung <input type="checkbox"/> Gruppenbehandlung		
<input type="checkbox"/> Med. Trainingstherapie (MTT) <input type="checkbox"/> Lymphdrainage		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie		
<input type="checkbox"/> Akupunktur		
<input type="checkbox"/> Osteopathie		
<input type="checkbox"/>		

Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die therapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Verordnung:	<input type="checkbox"/> erste	<input type="checkbox"/> zweite	Langzeitverordnung gültig bis:
	<input type="checkbox"/> dritte	<input type="checkbox"/> vierte	Anzahl Therapien pro Woche:

Fachärztliche Konsultation in der Reha Rheinfelden erwünscht

- vor der Therapieserie
- nach der Therapieserie

Datum:

Zuweiser:

ZSR-Nr.:
PLZ / Ort:
Telefon / Fax:
Email:

Unterschrift / Stempel