|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Verordnung zur Tagesrehabilitation im Kindertherapiezentrum "Schritt für Schritt" **Reha Rheinfelden**  **Kindertherapiezentrum**  CURATIVA Das ambulante Zentrum  Salinenstrasse 98  CH-4310 Rheinfelden  Telefon +41 (0)61 836 53 00  E-Mail [kindertherapie@reha-rhf.ch](mailto:kindertherapie@reha-rhf.ch)  [www.reha-rheinfelden.ch](http://www.reha-rheinfelden.ch) | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | w m | | | | | | | | | | Geburtsdatum | |  | | | | |
| Vorname | |  | | | | | | | | | | Telefon-Nr. | |  | | | | |
| Adresse | |  | | | | | | | | | | Versicherer | |  | | | | |
| PLZ, Ort | |  | | | | | | | | | | Vers.- / Unfall-Nr. | |  | | | | |
|  | Krankheit | | |  | Unfall | | | | | | |  | Invalidität | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnose** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ziel der Behandlung/Bemerkung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Verordnung** | | | | Erstverordnung | | | | | | | | für       Wochen à       Behandlungstage | | | | | | |
| Verlängerung | | | | | | | |
| **Behandlung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bitte Rehabilitationsprogramm zusammenstellen | | | | | | | | | | | | | | | **Anzahl** | leer lassen | | |
|  | Ergotherapie | | | | |  | Physiotherapie | | | | | | | |  |  | | |
|  | Lokomat-Training | | | | |  | Andago-Training | | | | | | | |  |  | | |
|  | Physiotherapie im Wasser | | | | |  | Hippotherapie | | | | | | | |  |  | | |
| Der / die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes / der Ärztin die therapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zuweiser**:  ZSR-Nr.  PLZ / Ort  Telefon / Fax  E-Mail  Unterschrift / Stempel / Datum | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|
|
|