

Ärztliche Überweisung für Tagesklinik

Betrifft

Name _____ m w
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____ Zivilstand _____
PLZ/Ort _____ Beruf _____
Telefon _____

Versichertenstatus Krankheit Unfall IV IV beantragt
Krankenkasse _____
Versicherten-Nr. _____

Problemstellung

Aktuelle Diagnosen

Aktuelle Medikation

Therapieziele

Therapiebedarf	Physiotherapie	Ergotherapie	Logopädie
	Neuropsychologie	Physikalische Therapie	Anderes _____
Mobilität	selbständig	mit Begleitperson	Hilfsmittel _____
Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln	möglich	nicht möglich	
Kostform	Wunsch	Diät	

Bezugsperson (Angehörige) _____

Eintritt erwünscht ab _____ Anzahl Therapietage/Woche _____

Wir bitten Sie, relevante Befunde bzw. Berichte an die Tagesklinik zu senden oder zu faxen.

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____

Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an die Tagesklinik senden