

## Ärztliche Überweisung für Tagesklinik

Pflichtfelder, bitte keine Verweise auf Klinikinformationssysteme

### Betrifft

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

**Versichertenstatus** Krankheit Unfall IV IV beantragt  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ **Pflicht bei externen Zuweisungen**  
Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_ **Pflicht bei externen Zuweisungen**

### Problemstellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Aktuelle Diagnosen **mindestens vollständige Hauptdiagnose**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Aktuelle Medikation

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Therapieziele

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Therapiebedarf** Physiotherapie Ergotherapie Logopädie  
Neuropsychologie Physikalische Therapie Anderes \_\_\_\_\_

**Mobilität** selbständig mit Begleitperson Hilfsmittel \_\_\_\_\_

**Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln** möglich nicht möglich

**Bezugsperson** (Angehörige) \_\_\_\_\_

Patient ist damit einverstanden, dass die Bezugsperson für das Eintrittsgespräch kontaktiert wird Ja Nein

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**