

## Ärztliche Überweisung für Tagesrehabilitation

**Betrifft:** Name / Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Tel.:

**Versichertenstatus:**  Krankheit  Unfall  IV  IV beantragt

**Krankenkasse:**

**Versicherten-Nr.:**

---

**Problemstellung:**

**Aktuelle Diagnosen:**

**Aktuelle Medikation:**

---

**Therapieziele:**

**Therapiebedarf:**  Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie  
 Neurotraining  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 Stationsärztin, zu senden oder zu faxen (Fax +41 61 326 42 93).

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_