

Ärztliche Überweisung und Verordnung für Tagesklinik

Alle Angaben sind zur Weiterleitung an die Krankenkasse/Versicherung vorgesehen!

**Pflichtfelder, Minimal benötigte Angaben zur Weiterleitung an die Krankenkasse (Formular oder Begleitbrief)*

Betrifft (evtl. Patientenkleber)

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

Krankheit IV IV Beantragt Unfall

Zuständige Versicherung *

Krankenversicherung _____
Versicherten- oder AHV-Nr. _____
Oder
Unfallversicherung _____
Versichertennummer _____
Arbeitgeber _____

Eintritt erwünscht* Baldmöglichst ab:

Hauptdiagnose / Relevante Begleitererkrankungen* (Siehe Beilage)

Funktionsdefizit* (Siehe Beilage)

Behandlungsziel* (Siehe Beilage)

Aktuelle Medikation (Siehe Beilage)

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

Das Rehapotenzial ist gegeben.

Eine ambulante Behandlung fällt aus folgenden Gründen ausser Betracht*:

- hoher multimodaler Therapiebedarf
- Vermeidung Institutionalisierung
- Vermeidung stationärer Rehabilitation

Beantragter Rehabilitationszeitraum* 6 Wochen 12 Wochen

Anzahl Therapietage pro Woche (max. 5)
(kann vom Behandlungsteam angepasst werden) _____

Spezielle Hinweise und Bemerkungen (Siehe Beilage)

Für Rückfragen:

Zuweisende Klinik/Abteilung/Praxis* _____

Zuweisende Kontaktperson/Tel.* _____

E-Mail* _____

Hausarzt/Hausärztin (falls nicht identisch)

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/E-Mail: _____

Datum* _____

Unterschrift des Arztes* _____

**Bitte senden Sie dieses Formular und relevante Befunde bzw. Berichte an die Tagesklinik:
tagesklinik@felixplatter.ch**

Zuweiser → Tagesklinik → Vertrauensärztlicher Dienst der Versicherung als Kostengutsprachen-Gesuch