

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 Andere	Logopädie
Mobilität	selbständig	mit Begleitperson	Hilfsmittel
Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln		möglich	nicht möglich

Das Rehapotenzial ist gegeben. (zwingend auszufüllen)

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