|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verordnung zur ambulanten Therapie**RehaCity Basel**Centralbahnstrasse 20CH-4051 BaselTelefon +41 (0)61 836 59 10E-Mail info@rehacity.ch www.rehacity.ch |  |  |
| **[ ]**  | reha-rf_signet_office_swreha-rf_signet_office_swreha-rf_signet_office_swambulante Behandlung |
| [ ]  | **Intensive ambulante Rehabilitation** |
| [ ]  | **Domizilbehandlung** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an: |
| Name |       [ ] w [ ] m | Geburtsdatum |       |
| Vorname |       | Telefon-Nr. |       |
| Adresse |       | Versicherer |       |
| PLZ, Ort |       | Vers.- / Unfall-Nr. |       |
| [ ]  | Krankheit | [ ]  | Unfall | [ ]  | Invalidität |
|  |
| **Diagnose** [ ]  separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG      |
|  |
| **Ziel der Behandlung/Bemerkung**      |
|  |
| **Behandlung** |  |  |
| **[ ]**  | Bitte Rehabilitationsprogramm zusammenstellen | **Anzahl** | leer lassen |
| **[ ]**  | Physiotherapie | **[ ]**  | Lymphdrainage |       |  |
| **[ ]**  | Med. Trainingstherapie (MTT) | **[ ]**  | Logopädie |       |  |
| **[ ]**  | Ergotherapie | **[ ]**  | Osteopathie |       |  |
| **[ ]**  |  | **[ ]**  | Neuropsychologische Therapie |       |  |
| Der / die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes / der Ärztin die therapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt. |
| Verordnung: | **[ ]**  erste **[ ]** zweite**[ ]** dritte **[ ]** vierte | Langzeitverordnung gültig bis: |       |
| Anzahl Therapien pro Woche: |       |
| 2 Therapiesitzungen pro Tag | **[ ]**  |
|  |
| **[ ]**  | **Fachärztliche Konsultation in** **der Reha Rheinfelden erwünscht** | **Zuweiser**:ZSR-Nr.PLZ / OrtTelefon / FaxE-MailUnterschrift / Stempel |       |
|  | **[ ]**  | vor der Therapieserie |
|  | **[ ]**  | nach der Therapieserie |
| Datum:  |

