

Tel: 0041 71 694 55 44
 Fax: 0041 71 694 55 45
 Mail: anmeldung@klinik-sokrates.ch

Ambulante Rehabilitation mit Aufenthalt in der Klinik Sokrates
 Ärztliches Verordnungsformular Rehabilitationsaufenthalte

Gesuchsteller:

Krankenversicherer:

- An den Krankenversicherer: Ich verordne folgendem Patienten aus unten aufgeführten Gründen einen Kur-/ Erholungsaufenthalt als bevorzugte Lösung einer ambulanten Versorgung in der Klinik Sokrates (Kurhaus) und bitte um die Prüfung einer Kostenbeteiligung an die Tagespauschale.

Patientendaten:

Name:	Vorname:	Geb. Dat.:
Adresse:		
Tel.:		Mobile:
Grundversicherung:		Versichertenr.:
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> halbprivat	VeKa-Nr.:
Zusatzversicherung:		AHV-Nr.:

Diagnosen:

Behandlungsziel:

Bisherige Therapien /Medikamente

Aufenthalt geplant

von: _____

bis: _____

Behandlungsbedürftigkeit wegen:

Grad der Hilfsbedürftigkeit

Regelmässige ärztliche Betreuung	Eingeschränkt mobil
Manuelle Physiotherapie	Belastungseinschränkung
Psychische Betreuung / Therapie	Rollstuhlgebunden
Erholung nach schwerer Krankheit	Geringe Pflegehilfe
Erholung nach operativem Eingriff	Intensive Pflegehilfe
Erholung nach Strahlentherapie	Wundprobleme / Stoma
Erholung nach Chemotherapie	
Behandlung von Nebenwirkung der Tumorthherapie	

Ort, Datum

Stempel Unterschrift überweisender Arzt