

Reha Rheinfelden  
Therapieeinteilung  
Salinenstrasse 98  
CH-4310 Rheinfelden

Telefon + 41 (0)61 836 53 00

Fax + 41 (0)61 836 53 55

www.reha-rheinfelden.ch

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:

Name	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum
Vorname		Telefon-Nr.
Adresse		Versicherer
PLZ, Ort		Vers.-/Unfall-Nr.

<input type="checkbox"/> Krankheit	Diagnose:	<input type="checkbox"/> separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG
<input type="checkbox"/> Unfall		
<input type="checkbox"/> Invalidität		

Ziel der Behandlung:

**Behandlung**

<input type="checkbox"/> Bitte Rehabilitationsprogramm zusammenstellen	leer lassen
<input type="checkbox"/> Psychologische Abklärung (NA) Erwachsene	
<input type="checkbox"/> Psychologische Abklärung (NA) Kinder und Jugendliche	
<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Abklärung Erwachsene	
<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Abklärung Kinder und Jugendliche	
<input type="checkbox"/> Verkehrspsychologische Untersuchung	
<input type="checkbox"/> Psychologisch-psychopathologische Abklärung	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie (Einzelsetting)	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie (Gruppe):	
<input type="checkbox"/> Psychotherapiegruppe für Schmerzpatienten	
<input type="checkbox"/> TEK: Training emotionaler Kompetenzen	
<input type="checkbox"/> Autogenes Training (Gruppe)	
<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie (Einzelsetting)	
<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie (Gruppe) Aufmerksamkeitstraining	

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:	<input type="checkbox"/> erste	<input type="checkbox"/> zweite	Langzeitverordnung gültig bis:
	<input type="checkbox"/> dritte	<input type="checkbox"/> vierte	Anzahl Therapien pro Woche:

**Fachärztliche Konsultation in der Reha Rheinfelden erwünscht**

vor der Therapieserie

nach der Therapieserie

Datum:

**Zuweiser:**

ZSR-Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon / Fax:

Email:

Unterschrift / Stempel