

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

- ambulante Behandlung
- intensive ambulante Rehabilitation
- Neurologisches Tageszentrum
- Domizilbehandlung

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- ..

<input type="checkbox"/> Krankheit	<b>Diagnose:</b>	<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	<b>Anzahl</b>	leer lassen
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> 2 Therapiesitzungen pro Tag	
Physiotherapie im Wasser	<input type="checkbox"/> Einzelbehandlung <input type="checkbox"/> Gruppenbehandlung	
<input type="checkbox"/> Med. Trainingstherapie (MTT)	<input type="checkbox"/> Einzelbehandlung <input type="checkbox"/> Gruppenbehandlung	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Lymphdrainage	
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Osteopathie		
<input type="checkbox"/>		

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

**Zuweiser:**  
ZSR-Nr.:  
PLZ / Ort:  
Telefon / Fax:  
Email:  
Unterschrift / Stempel

Datum: