|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verordnung zur Tagesrehabilitation im Kindertherapiezentrum "Schritt für Schritt"**Reha Rheinfelden** **Kindertherapiezentrum**CURATIVA Das ambulante ZentrumSalinenstrasse 98CH-4310 RheinfeldenTelefon +41 (0)61 836 53 00E-Mail kindertherapie@reha-rhf.ch[www.reha-rheinfelden.ch](http://www.reha-rheinfelden.ch) |  |  |
|
|
|
|
|
|
|  |
| 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**      |
|  |
| **Ziel der Behandlung/Bemerkung**      |
|  |
| **Verordnung** | [ ]  Erstverordnung | für       Wochen à       Behandlungstage |
| [ ]  Verlängerung |
| **Behandlung** |
| Bitte Rehabilitationsprogramm zusammenstellen | **Anzahl** | leer lassen |
| **[ ]**  | Ergotherapie | **[ ]**  | Physiotherapie |       |  |
| **[ ]**  | Lokomat-Training | **[ ]**  | Andago-Training |       |  |
| **[ ]**  | Physiotherapie im Wasser | **[ ]**  | Hippotherapie |       |  |
| Der / die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes / der Ärztin die therapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt. |
| **Zuweiser**:ZSR-Nr.PLZ / OrtTelefon / FaxE-MailUnterschrift / Stempel / Datum |       |
|
|
|