

Patientenanmeldung Zentrum für ambulante Rehabilitation

Name Vorname Adresse PLZ / Ort Beruf Arbeitgeber Kostenträger	Geburtsdatum Telefon Mobil E-Mail Mitglied-Nr.		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--	--	--

Besteht eine Zusatzversicherung Ja Nein
 → falls ja: Krankenkasse

Krankenkasse mit freier Arztwahl Ja Nein
 → falls Nein (z.B. Hausarztmodell, Managed Care)

Rehabilitationsziel

Einweisungsdiagnose und relevante Nebendiagnose
 Bitte Verordnungen und Berichte beilegen

Krankheit Unfall

Anmeldung für ambulante **Neurorehabilitation**

<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie: Wassertherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie: Med. Trainingstherapie (MTT)
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie: Hippotherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie: Manuelle Lymphdrainage
<input type="checkbox"/> Med. Massage (Selbstzahler)	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Domizil-Behandlung
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Craniosacrale Therapie (Selbstzahler)
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie: ambulante apparative Dysphagie-diagnostik (Videoendoskopie im ZAR)
<input type="checkbox"/> Neuropsychologie: Standortbestimmung		
<input type="checkbox"/> Neuropsychologie: Therapie		
<input type="checkbox"/> Neurorehabilitations-Sprechstunde zur Evaluation des weiteren therapeutisch-rehabilitativen Prozedere inkl. ärztlich-neurorehabilitative Anbindung.		

Hausarzt

Name	Telefon		
Adresse	E-Mail		
PLZ / Ort			

Einweisender Arzt

Arzt/Klinik	Telefon		
Adresse	Fax		
PLZ / Ort	E-Mail		

Wichtig: Termine können erst nach Erhalt der Verordnungen und Berichte geplant werden.

Ort / Datum
 Unterschrift / Stempel