

Patientenanmeldung Zentrum für ambulante Rehabilitation

Name		Geburtsdatum			
Vorname		Telefon			
Adresse		Mobil			
PLZ / Ort		E-Mail			
Beruf		Mitglied-Nr.			
Arbeitgeber					
Kostenträger					

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 Krankheit Unfall
 Bitte Verordnungen und Berichte beilegen

Anmeldung für ambulante Neurorehabilitation

Physiotherapie Ergotherapie
 Logopädie ambulante apparative Dysphagiediagnostik (Videoendoskopie im ZAR)
 Psychotherapie
 Neuropsychologie: Standortbestimmung
 Neuropsychologie: Therapie
 Zusätzliches Aufgebot in die Neurorehabilitations-Sprechstunde zur Evaluation des weiteren therapeutisch-rehabilitativen Prozedere.
 inkl. ärztlich-neurorehabilitative Anbindung (mit ggf. notwendiger Einholung der im späteren Verlauf notwendigen Langzeit-Kostengutsprachen)

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