

Patientenanmeldung – Long-Covid-Rehabilitation

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>				
PLZ / Ort / Kanton	<input type="text"/>				
Telefon	<input type="text"/>				
E-Mail	<input type="text"/>				

Versicherungsstatus

Krankenversicherung Mitglied-Nr.

Allgemein
 Halbprivat
 Privat

Zeitpunkt und Verlauf der COVID-Erkrankung

Aktuelle Beschwerden

Bemerkung

Anmeldung für

- Neuropsychologie
- Neurorehabilitative Sprechstunde
- Schlafmedizin
- Psychotherapie und Psychiatrie

Medizinische Therapien

- Physiotherapie
- MTT
- Ergotherapie
- Logopädie

Bitte Verordnungen beifügen oder zusätzlich für neurorehabilitative Sprechstunde anmelden.

Zuweisender Arzt

Arzt / Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Bitte senden Sie mit der Patientenanmeldung allfällige Vorbefunde und Untersuchungsergebnisse mit.

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel