

Einweisung zur ambulanten Rehabilitation



I - Patientendaten

PATIENTENETIKETTE HIER AUFKLEBEN

Name : _____ W M Geburtsdatum : _____
Vorname : _____ Zivilstand : _____
Adresse : _____
PLZ/Ort : _____ Tel. : _____
E-mail: _____
Hausarzt : _____

Grundversicherung: _____ Versichertennummer: _____

Zusatzversicherung: _____ Versichertennummer: _____

Versicherungsklasse : Krankheit Unfall Anderes

II - Fragen an den behandelnden Arzt

A) Gewünschtes Eintrittsdatum : _____ Dauer des Aufenthalts : _____ Tage

B) Diagnosen (Überweisungsgrund) :

C) Nebendiagnosen / - befund :

D) Bisherige Behandlung :

Stempel des einweisenden Arztes

Datum: _____ Unterschrift : _____

Telefon-Nr. des einweisenden Arztes: _____

Wir bitten Sie, dieses Formular vollständig ausgefüllt an die Krankenkasse Ihres Patienten zu senden und eine Kopie an die ambulante Aufnahme der Leukerbad Clinic zu schicken - Tel : 027 472 51 09 / Fax : 027 472 50 11 - Email : leukerbadclinic@hin.ch