

# 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](mailto:leukerbadclinic@hin.ch)