

Ärztliche Überweisung zur ambulanten Physiotherapie

Patient/in

Name: Vorname:
Geb.-Datum:
Strasse: PLZ/Wohnort:
Tel. Privat: Tel. Mobile:

Diagnosecode(s) ICD-10: Krankheit Unfall Invalidität

Verordnung zu diesem Fall erste zweite dritte vierte

Anzahl Behandlungen total: pro Woche:

Arztkontrolle nach Behandlungen nach Abschluss

Massnahmen:

- Rhythm. Massage Behandlungs-Ziele
- Bäder welche? Substanz?
- Wickel/Packungen welche?
- Schröpfen wo?

Datum: Zuweisender Arzt (Stempel/Unterschrift):



Diagnose(n):

Klinische Hinweise (Herz/Kreislauf, Belastbarkeit, Medikamente, Abhängigkeiten, etc.):

Anthroposophische Aspekte:

gewünschte/r Therapeut/in

Rücksprache erbeten

Wichtiger Hinweis an die Patienten:

Dieses Formular ist die ärztliche Überweisung im Original. Bewahren Sie es sorgfältig auf und senden Sie es zusammen mit der Rechnung für diese Behandlungsserie Ihrer Zusatzversicherung ein.

Ohne dieses Formular kann Ihnen die Zusatzversicherung die Kosten nicht zurückerstatten!

Wenn Sie unsicher sind, ob die jeweilige Therapie von Ihrer Zusatzversicherung übernommen wird, informieren Sie sich bitte vor Therapiebeginn. Bei Rückfragen können Sie der Krankenkasse eine Kopie dieses Formulars senden.