

## 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.