

## Ärztliche Überweisung zur ambulanten Therapie

### Patient/in

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

Diagnosecode(s) ICD-10: .....  Krankheit  Unfall  Invalidität

### Mobilitätsgrad:

normal  stark eingeschränkt  im Rollstuhl

Anzahl Behandlungen total: ..... pro Woche: .....

### Massnahmen:

Heileurythmie  Malthherapie  
 Therapeutische Sprachgestaltung  Therapeutisches Plastizieren  
 Musiktherapie Malthherapie

Datum: ..... Zuweisender Arzt (Stempel/Unterschrift): .....

 .....

Interne Informationen: Sind andere Therapien parallel verordnet? Welche?: .....

Diagnose(n):

anthroposophische Aspekte (z.B. Wesensglieder, Konstitution, Dreigliederung, Organbetonung, Elemente, Temperament):

Ziele der Therapie:

evtl. Übungsvorschläge:

evtl. gewünschte/r Therapeut/in

Rücksprache erbeten:  vor Beginn der Therapie  kurz nach Beginn der Therapie

## 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.