

Ärztliche Überweisung zur ambulanten Therapie

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Therapiesekretariat

Tel.: 061 705 72 70
Fax: 061 705 71 00
therapiesekretariat@
klinik-arlesheim.ch

Strasse: _____ Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____

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

Mobilitätsgrad:

normal stark eingeschränkt im Rollstuhl

Anzahl Behandlungen total: _____ pro Woche: _____

Massnahmen:

- Heileurythmie Maltherapie
 Therapeutische Sprachgestaltung Therapeutisches Plastizieren
 Musiktherapie

Stempel: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____



.....



Innere Medizin
Psychiatrie
Psychosomatik
Hausarztmedizin
Pädiatrie
Gynäkologie

Interne Informationen: (sind andere Therapien parallel verordnet? Welche? _____)

Diagnose(n):

anthroposophische Aspekte:

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

Ziele der Therapie:

Ev. Übungsvorschläge:

ev. 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 an Ihre Krankenkasse oder Versicherung.

Therapiesekretariat

Tel.: 061 705 72 70
Fax: 061 705 71 00
therapiesekretariat@
klinik-arlesheim.ch

Ohne dieses Formular kann Ihnen die Krankenkasse oder Versicherung die Kosten nicht zurückerstatten!

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

Klinik Arlesheim AG

Pfeffingerweg 1
CH-4144 Arlesheim

Zentrale:

Tel. 061 705 71 11
Fax 061 705 71 00
info@klinik-arlesheim.ch
www.klinik-arlesheim.ch



Innere Medizin
Psychiatrie
Psychosomatik
Hausarztmedizin
Pädiatrie
Gynäkologie

