



# Klinik Arlesheim

... weil Gesundheit mehr bedeutet.

## Ärztliche Überweisung zur ambulanten Physiotherapie

### Therapiesekretariat

Tel.: 061 705 72 70, Fax: 061 705 71 00, [therapiesekretariat@klinik-arlesheim.ch](mailto:therapiesekretariat@klinik-arlesheim.ch)

### Patient/in

Name:

Strasse:

Tel. Privat:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

Tel. Mobil:

Geb.-Datum:

Diagnosecode(s) ICD-10:

Krankheit

Unfall

Invalidität

Verordnung in diesem Fall:

erste

zweite

dritte

vierte

Anzahl Behandlungen total:

Anzahl Behandlungen pro Woche:

Arztkontrolle nach:

Behandlungen

nach Abschluss

### Massnahmen:

Rhythm. Massage

Behandlungs-Ziele

Bäder

welche?

Substanz?

Wickel/Packungen

welche?

Schröpfen

wo?

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes



Diagnose(n):

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

**anthroposophische Aspekte:**

gewünschte/r Therapeut/in

Rücksprache erbeten



**AnthroMed**  
KLINIKNETZWERK

**Klinik Arlesheim AG** | Pfeffingerweg 1 | CH-4144 Arlesheim  
Zentrale: Tel. 061 705 71 11 | [www.klinik-arlesheim.ch](http://www.klinik-arlesheim.ch)

## Wichtiger Hinweis an die Patientinnen und 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 Zusatz-versicherung 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.