

Ambulatorium

Anmeldeformular für Agenturen der Suva

Name Versicherte/r
Geburtsdatum
Schadennummer

Arbeitsorientierte Rehabilitation	Neurologische Rehabilitation	Orthopädische und Handchirurgische Rehabilitation
<input type="checkbox"/> Tages-Rehabilitation <input type="checkbox"/> mit EFL <input type="checkbox"/> Patient/in braucht Unterkunft <input type="checkbox"/> Ambulante Therapie	<input type="checkbox"/> Tages-Rehabilitation <input type="checkbox"/> mit EFL <input type="checkbox"/> Patient/in braucht Unterkunft <input type="checkbox"/> Ambulante Therapie <input type="checkbox"/> Spezialsprechstunde neurologische Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Tages-Rehabilitation <input type="checkbox"/> mit EFL <input type="checkbox"/> Patient/in braucht Unterkunft <input type="checkbox"/> Ambulante Therapie <input type="checkbox"/> Handchirurgisches Konsilium
Technische Orthopädie		
<input type="checkbox"/> Medizinische orthopädiotechnische Beurteilung <input type="checkbox"/> Orthopädie-Technik		<input type="checkbox"/> Orthopädie-Schuhtechnik <input type="checkbox"/> Reha-Technik (Rollstuhlversorgung)
Kompetenzzentrum berufliche Eingliederung		
<input type="checkbox"/> Berufliche Abklärung <input type="checkbox"/> Integrationsmassnahmen		<input type="checkbox"/> ambulante Berufsberatung <input type="checkbox"/> Jobcoaching
Zentrum für interdisziplinäre Begutachtung		
<input type="checkbox"/> Ambulantes Assessment für Funktionsstörungen am Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Assessment für computer-gesteuerte Knieprothesen <input type="checkbox"/> Assessment traumatische Hirnverletzung <input type="checkbox"/> Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) mit ärztlicher Beurteilung		
Bemerkungen:		

Ambulatorium Anmeldeformular für Agenturen der Suva

Name Versicherte/r

Geburtsdatum

Schadennummer

(Die Angaben oben werden automatisch beim Drucken oder beim Wechsel auf Seitenansicht angezeigt.)

Patient arbeitet

☐ **Nein**

☐ **Ja** %

Spezielle Wünsche bezüglich Aufnahmetermine

☐ Nein

☐ Ja

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....

Bitte Anmeldeformular an folgende Mail-Adresse senden:

anmeldung@rehabellikon.ch

Patientenadministration

Rehaklinik Bellikon | 5454 Bellikon

Tel +41 56 485 54 30 | Fax +41 56 485 51 16