

Anmeldeformular Ambulatorium

Versicherte Person

Geburtsdatum

Adresse

**Telefon
Mobile**

Versicherung / Kostenträger

Versicherungs-Nummer

☐ **Unfall**, Unfalldatum

☐ **Krankheit**

Diagnose

Medizinische Information

☐ Bericht beiliegend

☐

Patient arbeitet

☐ Nein

☐ Ja

%

Spezielle Wünsche bezüglich Aufnahmetermine

☐ Nein

☐ Ja

Kontaktperson für das Aufnahmeverfahren

Name:

Adresse:

Telefon:

Mobile:

Email:

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....

Approved



Anmeldeformular Ambulatorium

Versicherte Person
Geburtsdatum
Vers. Nummer

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 orthopädietechnische Beurteilung <input type="checkbox"/> Orthopädie-Technik (Rollstuhlversorgung)		<input type="checkbox"/> Orthopädie-Schuhtechnik <input type="checkbox"/> Reha-Technik
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:		

Bitte Anmeldeformular an folgende Mail-Adresse senden:

reha@rehabellikon.ch

Patientenadministration | Rehaklinik Bellikon | 5454

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