

## 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 Aufnahmetermin**

Nein

Ja

**Kontaktperson für das Aufnahmeverfahren**

Name:

Adresse:

Telefon:

Mobile:

Email:

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

.....

.....

## Anmeldeformular Ambulatorium

**Versicherte Person**
**Geburtsdatum**
**Vers. Nummer**

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

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