

Anmeldung Sprechstunde Wiedereingliederung

Beratungsort

- Kantonsspital Aarau CURA Begegnungszentrum Basel
 Universitätsspital Zürich Kliniken Valens Kantonsspital Graubünden

Persönliche Informationen

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

SV-Nummer _____

Strasse _____

PLZ / Wohnort _____

Telefonnummer _____

Beruf / Tätigkeit _____

Gesundheitlicher Problembereich _____

Unfall? Ja Suva-Fall Nein (= Krankheit)

Medizinische Perspektive (Beruf wieder zumutbar?) _____

Name / Telefon des Arztes _____

Mittels der untenstehenden Unterschrift ermächtigt der Patient die Rehaklinik Bellikon für 60 Tage zum Datenaustausch mit den beteiligten Sozialversicherungen (wie z.B. Suva und IV). Dies beinhaltet auch die Entbindung der involvierten Ärzte und Fachpersonen von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht.

Datum _____

Datum _____

Unterschrift Patient _____

Unterschrift Arzt _____

Bitte senden Sie die unterschriebene Anmeldung an sekretariat.kbe@rehabellikon.ch (gesicherte Mail-Adresse). Alternativ per Post an «Kompetenzzentrum berufliche Eingliederung, Rehaklinik Bellikon, Postfach, 5454 Bellikon».

∨ Dieser unterste Abschnitt wird in Bellikon ausgefüllt ∨

Anmeldung in der RKB eingetroffen _____

Fall eröffnet → RKB-Nr. _____

Sprechstundentermin _____