



Ärztliche Verordnung für einen stationären Kur-/Erholungsaufenthalt

Ort der Kur: **Berit Klinik Niederteufen**

Behandlungsbeginn: _____ Dauer: _____

Zuweiser

Institution / Praxis / Name: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Tel. Mobile: _____

Tel. Geschäft: _____

Krankheit Unfall Datum: _____

Grundversicherung: _____

Vers.-Nr.: _____

Zusatzversicherung: _____

Vers.-Nr.: _____

Versicherungsdeckung: Allgemein Halbprivat Privat

Fragen an den einweisenden Arzt / an die einweisende Ärztin

Diagnose(n): _____

Operation(en): _____

Operationsdatum: _____

Nebendiagnose(n): _____

Medikamente: _____

Bemerkungen / Anderes: _____



Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Behandlungsziel

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Körperpflege (Grundpflege) | <input type="checkbox"/> Behandlungen im Therapiebad |
| <input type="checkbox"/> Wund- oder sonstige Behandlungspflege | <input type="checkbox"/> Psychische Betreuung / Therapie |
| <input type="checkbox"/> Regelmässige ärztliche Betreuung | <input type="checkbox"/> Erholung nach schwerer Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Erholung nach operativem Eingriff |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung / Spezielle Ernährung | <input type="checkbox"/> Behindertengerechte Übergangslösung |

Bemerkungen:

Grad der Behinderung / Soziale Indikation

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lebt alleine / abseits amb. med. Versorgung | <input type="checkbox"/> Muss sich von der Pflege des Partners erholen |
| <input type="checkbox"/> Wohnung mit baulichen Hindernissen (Treppe etc.) | <input type="checkbox"/> Muss unbedingt vom Partner getrennt sein |
| <input type="checkbox"/> Kann sich nicht selber versorgen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Die persönlichen häuslichen Umstände gefährden den Heilungserfolg | |
| <input type="checkbox"/> Kann der wartenden Arbeit zu Hause nicht widerstehen und gefährdet dadurch den Heilungserfolg | |

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht.

Ort, Datum: _____, _____

Behandelnder Arzt: _____ Unterschrift: _____

Behandelnde Ärztin: _____ Unterschrift: _____