

**Sekretariat**

**Tel** +41 71 424 31 70  
**Fax** +41 71 424 31 72

**E-Mail** therapiezentrum@rehaklinik-zihlschlacht.ch  
**Web** www.rehaklinik-zihlschlacht.ch

**VERORDNUNG FÜR NEUROPSYCHOLOGIE / PSYCHOTHERAPIE**

---

Herr     Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Sprache: \_\_\_\_\_  Dolmetscher nötig

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_ Vers./ Unfall. Nr.: \_\_\_\_\_

Angehörige (Name, Adresse, Telefon): \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): \_\_\_\_\_

**Einweisungsdiagnose:**             Krankheit             Unfall             Invalidität

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anmeldung für :**             Neuropsychologische / Testpsychologische Untersuchung  
                                  Abklärung der Fahreignung  
                                  Neuropsychologische Therapie  
                                  Psychotherapie             Beratungsgespräch

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einweisender Arzt:** Klinik / Telefon

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis:**

**Termine können erst nach Erhalt der Verordnung inklusive relevanter Vorberichte geplant werden!**