

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 LOGOPÄDISCHE THERAPIE

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ Sprache: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Versicherer: _____ Vers./ Unfall. Nr.: _____

Angehörige (Name, Adresse, Tel. Nr.): _____

Hausarzt (Name, Adresse, Tel. Nr.): _____

Diagnose: Krankheit Unfall Invalidität

Genaues Ereignisdatum: _____

Auftrag: (Logopädische Massnahmen/ Ziel; durch den Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht)

Therapie-Ort: Logopädisches Ambulatorium Zihlschlacht Domizilbehandlung

Anzahl Therapien: Erstverordnung: 9x Folgeverordnung: 12x Langzeittherapie

Bemerkungen: _____

Arzt / Ärztin: (Stempel)

Datum: _____ Unterschrift: _____