

Sekretariat

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

E-Mail atz@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!