

Anmeldung

Personalien Patientin / Patient

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Versicherungsstatus

Kostenträger	<input type="text"/>	Versicherungs.-Nr.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahlende <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV			

Anmeldung für

*Selbstzahlende
 **Unfallversicherung /
 Selbstzahlende

<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Domizil-Behandlung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)
<input type="checkbox"/> Wassertherapie	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung
<input type="checkbox"/> Hippotherapie	<input type="checkbox"/> Neuropsychologie
<input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie (MTT)	<input type="checkbox"/> Diagnostik
<input type="checkbox"/> Lymphdrainage	<input type="checkbox"/> Therapie**
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Fahreignung*
<input type="checkbox"/> Medizinische Massage*	<input type="checkbox"/> Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Transkranielle Magnetstimulation (TMS)*
<input type="checkbox"/> Ambulante Dysphagiediagnostik (Videoendoskopie)	<input type="checkbox"/> Neurorehabilitative fachärztliche Sprechstunde

Hinweis: Termine können erst nach Erhalt der Verordnung und der Berichte geplant werden.

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Praxis / Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

Hausärztin / Hausarzt (falls nicht identisch mit der zuweisenden Ärztin / dem zuweisenden Arzt)

Praxis / Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

Anmeldeformular bitte per E-Mail senden an: therapieteam@kliniklengg.ch

Bitte folgende Unterlagen mitsenden:

- Verordnungen
- Medizinische Berichte (inkl. Einweisungsdiagnose und relevanten Nebendiagnosen)

1. Anmeldeformular auf Ihrem PC speichern. 2. Formular ausfüllen. 3. E-Mail-Programm öffnen. 4. Formular und Unterlagen als Anhang hinzufügen.