



ÜBERWEISUNG

Ambulante Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten

(Bitte vollständig ausfüllen)

.....
Name / Vorname

.....
Insult am

.....
SozialVers.Nr.

.....
Geburtsdatum

.....
Diagnose

.....
Straße / PLZ

.....
Telefon

bisherige stationäre Aufenthalte

.....
Angehöriger

.....
Telefon

.....
von bis

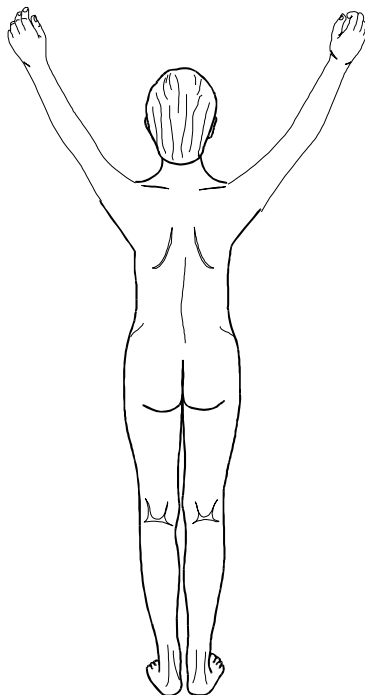
.....
Hausarzt

.....
Telefon

.....
von bis

.....
ja nein

- rezeptgebührenbefreit ja nein
- Hausbesuch erwünscht ja nein
- OE: Parese ja nein
- UE: Parese ja nein
- Sprachstörung ja nein
- gefähig ja nein
- neuropsychologische Störungen ja nein



Verordnete Therapie:

- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Logopädie

weitere Bemerkungen
(therapierelevante Zusatzkrankungen):

HP

.....
Datum

.....
Arztstempel/Unterschrift