

Kurverordnung

Wir bitten Sie, dieses Formular durch den zuständigen Arzt ausfüllen zu lassen und umgehend an das Kurhaus und die Krankenkasse zuzustellen.

Geburtsdatum:

Eintrittsdatum:

Austrittsdatum:

Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Vom zuweisenden Arzt auszufüllen:

Diagnose:

Die Verordnung des Aufenthaltes erfolgt aus folgenden Gründen:

<p>Medizinische Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Körperpflege (Grundpflege) <input type="checkbox"/> Wund- oder sonstige Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Regelmässige ärztliche Betreuung <input type="checkbox"/> Manuelle Physiotherapie (trocken) <input type="checkbox"/> Behandlungen im Therapiebad <input type="checkbox"/> Erholung nach schwerer Krankheit <input type="checkbox"/> Erholung nach operativem Einsatz <input type="checkbox"/> Behinderten gerechte Übergangslösung <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung 	<p>zusätzliche Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Die persönlichen, häuslichen Umstände gefährden den Heilungserfolg. <p>weitere Gründe:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Mindestvoraussetzungen für einen Aufenthalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Selbständiger Toilettengang möglich <input type="checkbox"/> Teilkörperpflege möglich <input type="checkbox"/> Teilselbständigkeit möglich <input type="checkbox"/> Selbständige Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> keine dementiellen Erkrankungen 	

Ärztlich verordnet:

Datum/Stempel/Unterschrift

