

KURVERORDNUNG

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

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ **PLZ / Ort:** _____

Eintrittsdatum: _____ **Austrittsdatum:** _____

Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

VOM ZUWEISENDEN ARZT AUSZUFÜLLEN:

Diagnose:

Die Verordnung des Aufenthaltes erfolgt aus folgenden Gründen:

Medizinische Gründe:

- Hilfe bei der Körperpflege (Grundpflege)
- Wund- oder sonstige Behandlungspflege
- Regelmässige ärztliche Betreuung
- Manuelle Physiotherapie (trocken)
- Behandlungen im Therapiebad
- Erholung nach schwerer Krankheit
- Erholung nach operativem Einsatz
- Behinderten gerechte Übergangslösung
- Ernährungsberatung

Mindestvoraussetzungen für einen Aufenthalt:

- Selbständiger Toilettengang möglich
- Teilkörperpflege möglich
- Teilselbständigkeit möglich
- Selbständige Nahrungsaufnahme
- keine dementiellen Erkrankungen

zusätzliche Gründe:

- Die persönlichen, häuslichen Umstände gefährden den Heilungserfolg

weitere Gründe: _____

Ärztlich verordnet:

Datum / Stempel / Unterschrift