

# Ärztliche Verordnung

gültig ab 01.01.2022

für  Kuraufenthalt  Behandlungsaufenthalt  amb. Reha mit Aufenthalt im Kurhotel  
(z.B. Akutphase Erschöpfung) (z.B. nach Krebs-Akuttherapie)

## Patientendaten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Zusatz \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ e-Mail \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Grundversicherung \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_  
 Privat  Halbprivat  Allgemein  VeKa-Nr. \_\_\_\_\_  
 Krankheit  Unfall  AHV-Nr. \_\_\_\_\_

## Diagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Behandlungsziel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Bisherige Therapien / Medikamente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Hinweis Pflegedienstleistung

Bitte beachten Sie, dass unsere Gäste mobil sein müssen und wir keine Pflegeunterstützung im Hause anbieten.

## Aufenthalt

Geplant von \_\_\_\_\_  1 Wo  2 Wo  3 Wo  \_\_\_\_\_

Die Versicherung ist über den Kuraufenthalt informiert  JA  Nein

Ort, Datum

Stempel Unterschrift überweisender Arzt