ÜBERWEISUNG

Ambulante Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten

(Bitte vollständig ausfüllen)

.....
Name / Vorname

.....
SozialVers.Nr. Geburtsdatum

.....
Straße / PLZ

.....
Telefon

.....
Angehöriger Telefon

.....
Hausarzt Telefon

.....
Insult am

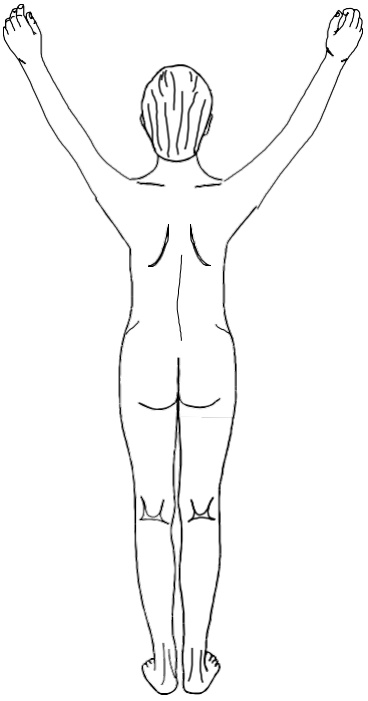
Diagnose
.....
.....

bisherige stationäre Aufenthalte

von bis

von bis

	ja	nein
rezeptgebührenbefreit	☐	☐
Hausbesuch erwünscht	☐	☐
OE: Parese	☐	☐
UE: Parese	☐	☐
Sprachstörung	☐	☐
gehfähig	☐	☐
neuropsychologische	☐	☐
Störungen	☐	☐



Verordnete Therapie:

Ergotherapie	☐
Physiotherapie	☐
Logopädie	☐

weitere Bemerkungen (therapierelevante Zusatzerkrankungen):

Datum

Arztstempel/Unterschrift

www.gesundessalzburg.at · www.avos.at · Gesund und bewusst leben.

NEU: DAME METHERAP

AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH, Elisabethstraße 2, 5020 Salzburg · +43 662 88 75 88 · avos@avos.at
Raiffeisen Oberösterreich, IBAN: AT13 3400 0267 0444 3511, BIC: RZOOAT2L · FN192923k