



RHEINBURG-KLINIK
WALZENHAUSEN

VERORDNUNG FÜR AMBULANTE SPRACHTHERAPIE

Personalien:	Diagnose:
Name: _____	_____
Vorname: _____	_____
Strasse: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Geburtsdatum: _____	_____
Telefon Privat: _____	_____
Arbeitgeber: _____	_____
PLZ/Ort: _____	_____
Telefon Geschäft: _____	_____
Versicherer: _____	_____
Vers.-/Unfall-Nr.: _____	_____

Zuweisungsgrund:

- Abklärung
- Therapie
- Beratung
- Hilfsmittel

Hauptprobleme:

- Sprache _____
- Sprechen/Artikulation _____
- Stimme _____
- Kauen/Schlucken _____

Anzahl Behandlungen: _____

Muttersprache: _____

Bemerkungen: _____



Arzt/Ärztin (Stempel)

KSK-Nr.: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Klinik für akutstationäre neurologische und orthopädische Rehabilitation

Rheinburg-Klinik, CH-9428 Walzenhausen
Telefon ++41 (0)71 886 11 11, Fax ++41 (0)71 888 66 29, info@rheinburg.ch, www.rheinburg.ch

