ÜBERWEISUNG

Ambulante Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten

(Bitte vollständig ausfüllen)

.....
Name / Vorname

.....
SozialVers.Nr. Geburtsdatum

.....
Straße / PLZ

.....
Telefon

.....
Angehöriger Telefon

.....
Hausarzt Telefon

.....
Insult am

Diagnose

.....

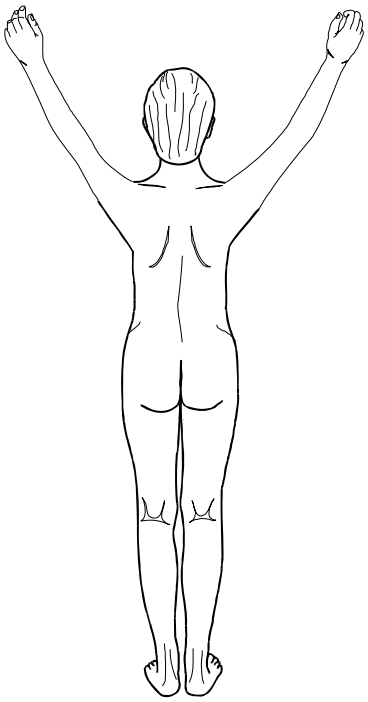
.....

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

HP

AVOS GESELLSCHAFT FÜR VORSORGEMEDIZIN GMBH · ELISABETHSTRASSE 2 · A-5020 SALZBURG
T: 0662/88 75 88-0 · F: DW 16 · avos@avos.at · www.avos.at · DVR-Nr. 0736163 · Bank: KTO 2522 878 · BLZ: 55000