

# ÜBERWEISUNG

## Ambulante Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten

(Bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname ..... Insult am .....

SozialVers.Nr. ..... Geburtsdatum ..... Diagnose .....

Straße / PLZ .....

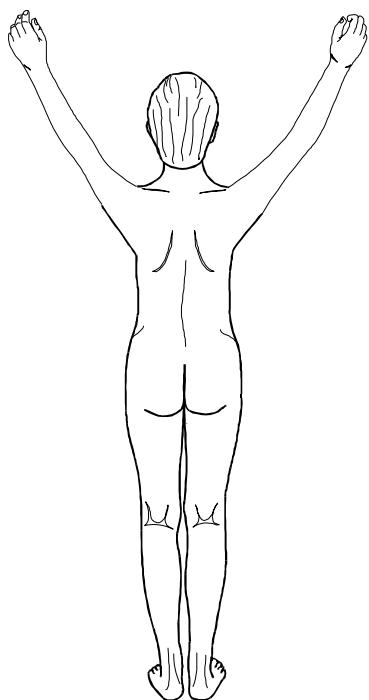
### bisherige stationäre Aufenthalte

Telefon .....  
 .....  
 von ..... bis .....

Angehöriger ..... Telefon .....  
 .....  
 von ..... bis .....

Hausarzt ..... Telefon .....  
 ja nein

- rezeptgebührenbefreit  ja  nein
- Hausbesuch erwünscht  ja  nein
- OE: Parese  ja  nein
- UE: Parese  ja  nein
- Sprachstörung  ja  nein
- gefähig  ja  nein
- neuropsychologische Störungen  ja  nein



**Verordnete Therapie:**

- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Logopädie

weitere Bemerkungen  
 (therapierelevante Zusatzerkrankungen):

Datum \_\_\_\_\_

Arztstempel/Unterschrift \_\_\_\_\_