ÜBERWEISUNG

Ambulante Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten

(Bitte vollständig ausfüllen)

..... Name / Vorname

..... SozialVers.Nr. Geburtsdatum

..... Straße / PLZ

..... Telefon

..... Angehöriger Telefon

..... Hausarzt Telefon

..... Insult am

Diagnose

.....

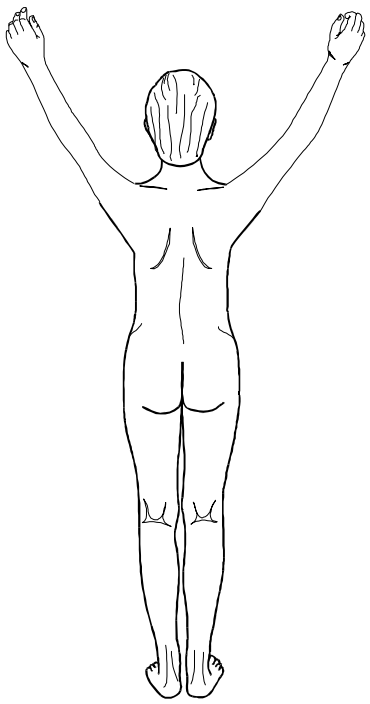
.....

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