

Ärztliches Überweisungszeugnis

Frau Herr Name:

Vorname:

Geb.datum

PLZ/Wohnort:

Strasse/Nr.:

Beruf:

Telefon

Versicherung:

Vers. Nr.:

Hauptdiagnose/
Überweisungsgrund

weitere Diagnosen:

Behandlungsziel/e:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der psychischen Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Wiedererlangen/Stärkung des Selbstvertrauens | <input type="checkbox"/> Eigene Ressourcen aktivieren |
| <input type="checkbox"/> neue Problemlösungsstrategien | <input type="checkbox"/> Symptomminimierung und Leistungsverbesserung |
| <input type="checkbox"/> Förderung/Erhaltung der Selbstständigkeit | <input type="checkbox"/> Erhaltung/Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

kurze Anamnese:

bisherige Therapie:

aktuelle Medikation:

Arbeitsunfähig: ja nein; wenn ja, seit wann: %

Ort

Arzt/
Stempel:

Datum

Unterschrift: