



# Klinik Arlesheim

... weil Gesundheit mehr bedeutet.

## Ärztliche Überweisung zur ambulanten Therapie

### Therapiesekretariat

Tel.: 061 705 72 70, Fax: 061 705 71 00, therapiesekretariat@klinik-arlesheim.ch

### Patient/in

Name:

Strasse:

Tel. Privat:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

Tel. Mobil:

Geb.-Datum:

Diagnosecode(s) ICD-10:

Krankheit

Unfall

Invalidität

### Mobilitätsgrad:

normal

stark eingeschränkt

im Rollstuhl

Anzahl Behandlungen total:

Anzahl Behandlungen pro Woche:

Therapieort:  Klinik Arlesheim

Ita Wegman Ambulatorium Basel\*

### Massnahmen:

Heileurythmie\*

Maltherapie

Therapeutische Sprachgestaltung\*

Therapeutisches Plastizieren

Musiktherapie

Kraniofaziale Therapie/Myofunktionelle Therapie

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes



**Interne Information:** Sind andere Therapien vorordnet? Welche?:

**Diagnose(n):**

### anthroposophische Aspekte:

(z.B. Wesensglieder, Konstitution, Dreigliederung, Organbetonung, Elemente, Temperament)

**Ziele der Therapie:**

evtl. Übungsvorschläge

evtl. gewünschte/r Therapeut/in

Rücksprache erbeten:  vor Beginn der Therapie

kurz nach Beginn der Therapie



**AnthroMed**  
KLINIKNETZWERK

**Klinik Arlesheim AG** | Pfeffingerweg 1 | CH-4144 Arlesheim  
Zentrale: Tel. 061 705 71 11 | [www.klinik-arlesheim.ch](http://www.klinik-arlesheim.ch)

## Wichtiger Hinweis an die Patientinnen und Patienten

Dieses Formular ist die ärztliche Überweisung im Original. Bewahren Sie es sorgfältig auf und senden Sie es zusammen mit der Rechnung für diese Behandlungsserie Ihrer Zusatz-versicherung ein.

**Ohne dieses Formular kann Ihnen die Zusatzversicherung die Kosten nicht zurückerstatten!**

Wenn Sie unsicher sind, ob die jeweilige Therapie von Ihrer Zusatzversicherung übernommen wird, informieren Sie sich bitte vor Therapiebeginn. Bei Rückfragen können Sie der Krankenkasse eine Kopie dieses Formulars senden.