

REHABILITATIONSSCHEIN

| | | | | | |
|---|------------|---------------------|----------|-------|------|
| Familienname(n) | Vorname(n) | Versicherungsnummer | | | |
| | | Lf.Nr. | Geb.-Tag | Monat | Jahr |
| PatientIn | | | | | |
| Anschrift | | | | | |
| Versicherter (Nur auszufüllen, wenn PatientIn ein Angehöriger ist.) | | Lf.Nr. | Geb.-Tag | Monat | Jahr |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort) | | | | | |
| Staatsbürgerschaft: | | | Telefon: | | |
| Datum, Stempel und Unterschrift der / des überweisenden Ärztin / Arztes | | | | | |

Zur Überweisung

Diagnose / ICD 10 / Zweck der Überweisung (bitte unbedingt ausfüllen)

Zuweisung durch Kindergartenvorsorge-Untersuchung
(Bitte Ergebnisblatt beilegen)

| | |
|---|--|
| Kinderdienste <input type="checkbox"/> Psychiatrischer Sprechtag <input type="checkbox"/> Neurologischer Sprechtag <input type="checkbox"/> Orthopädischer Sprechtag <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> psychologische Beratung <input type="checkbox"/> Autismusberatung <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Schrei-, Schlaf- und Fütterberatung | Neurologische Reha <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Hippotherapie <input type="checkbox"/> Sozialarbeiterische Beratung <input type="checkbox"/> Inkontinenzberatung Sozialpsychiatrische Dienste <input type="checkbox"/> Beratung, Betreuung <input type="checkbox"/> Therapie, Beschäftigung <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen |
|---|--|

REHABILITATIONSSCHEIN

| | | | | | |
|---|------------|---------------------|----------|-------|------|
| Familienname(n) | Vorname(n) | Versicherungsnummer | | | |
| | | Lf.Nr. | Geb.-Tag | Monat | Jahr |
| PatientIn | | | | | |
| Anschrift | | | | | |
| Versicherter (Nur auszufüllen, wenn PatientIn ein Angehöriger ist.) | | Lf.Nr. | Geb.-Tag | Monat | Jahr |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort) | | | | | |
| Staatsbürgerschaft: | | | Telefon: | | |
| Datum, Stempel und Unterschrift der / des überweisenden Ärztin / Arztes | | | | | |

Zur Verrechnung

Diagnose / ICD 10 / Zweck der Überweisung (bitte unbedingt ausfüllen)

Zuweisung durch Kindergartenvorsorge-Untersuchung
(Bitte Ergebnisblatt beilegen)

| | |
|---|--|
| Kinderdienste <input type="checkbox"/> Psychiatrischer Sprechtag <input type="checkbox"/> Neurologischer Sprechtag <input type="checkbox"/> Orthopädischer Sprechtag <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> psychologische Beratung <input type="checkbox"/> Autismusberatung <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Schrei-, Schlaf- und Fütterberatung | Neurologische Reha <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Hippotherapie <input type="checkbox"/> Sozialarbeiterische Beratung <input type="checkbox"/> Inkontinenzberatung Sozialpsychiatrische Dienste <input type="checkbox"/> Beratung, Betreuung <input type="checkbox"/> Therapie, Beschäftigung <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen |
|---|--|

ZUR VERRECHNUNG

Kinderdienste

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 6900 Bregenz, Broßwaldengasse 8 | T 055 74 / 202 - 5300 |
| <input type="checkbox"/> 6706 Bürs, Lünersee Fabrik, Hauptstr. 4 / 3 | T 055 74 / 202 - 5500 |
| <input type="checkbox"/> 6850 Dornbirn, Färbergasse 13 / 1, Haus A | T 055 74 / 202 - 5200 |
| <input type="checkbox"/> 6951 Lingenau, Hof 481 | T 055 74 / 202 - 5100 |
| <input type="checkbox"/> 6800 Feldkirch, Ambergpark, Reichsstraße 126 / 2 | T 055 74 / 202 - 5000 |
| <input type="checkbox"/> 6840 Götzis, Am Garnmarkt 8 | T 055 74 / 202 - 5000 |
| <input type="checkbox"/> 6992 Hirschegg, Walserstraße 237 | T 055 74 / 202 - 5700 |
| <input type="checkbox"/> 6973 Höchst, KinderCampus, Kirchplatz 14 | T 055 74 / 202 - 5400 |
| <input type="checkbox"/> 6890 Lustenau, Schützengartenstraße 8 | T 055 74 / 202 - 5400 |

Neurologische Reha

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 6850 Dornbirn, Färbergasse 13 | T 055 74 / 202 - 3000 |
| Außenstellen in Bregenz, Bürs, Dornbirn, Lingenau und Götzis | |

Sozialpsychiatrische Dienste

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 6951 Lingenau, Hof 481 | T 055 74 / 202 - 4500 |
| <input type="checkbox"/> 6840 Götzis, Am Garnmarkt 8 | T 055 74 / 202 - 4000 |
| <input type="checkbox"/> 6971 Hard, Rheinstraße 75 | T 055 74 / 202 - 4300 |
| <input type="checkbox"/> 6706 Bürs, Lünersee Fabrik, Hauptstr. 4 / 2 | T 055 74 / 202 - 4200 |
| <input type="checkbox"/> | |

aks gesundheit GmbH
Ein Unternehmen der aks Gruppe

Rheinstraße 61
6900 Bregenz

T 055 74/202-0
F 055 74/202-9

gesundheit@aks.or.at
www.aks.or.at