

## Ärztliche Verordnung für einen ambulanten Kuraufenthalt (ambulante Badekur) an den Kliniken Valens, Standort Valens

**Bitte beachten Sie, dass der Patient für dieses Angebot vollumfänglich selbständig sein muss.**

Kliniken Valens

Rehabilitationszentrum Valens

7317 Valens

### Personalien des Patienten/ der Patientin

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **PLZ/ Ort:** \_\_\_\_\_  
**Tel. Nr. P.:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_  w  m

**Kranken-/ Unfallversicherung:**

**Versicherungsnummer:**

**Krankheit** **Operationsdatum:** \_\_\_\_\_  
 **Unfall** **Unfalldatum:** \_\_\_\_\_ **Operationsdatum:** \_\_\_\_\_

**Diagnosen inkl. Nebendiagnosen:**

Für Sie gerne zuständig:

Nicole Böhler  
amb. Patientenaufnahme Rheumatologie

Tel. 081 303 14 01  
nicole.boehler@kliniken-valens.ch

Fax. 081 303 17 16

**Medizinische Begründung einer Kur/ Ziele**

- regelmässige ärztliche Betreuung
- Muskelaufbau/ Kraftausdauer
- Mobilisation
- Behandlung im Therapiebad
- psychische Betreuung
- kleinere Wundversorgungen (ohne VAC-Verband)
- Erholung nach schwerer Krankheit
- Erholung nach operativem Eingriff
- intensive Therapien (**mehr als 2 Therapien/ Tag**)

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Geplante Aufenthaltsdauer:

Tage

Gewünschtes Austrittsdatum:

 **Aufenthalt im Hotel Valens**

- |                                       |                                       |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer | <input type="checkbox"/> Begleitperson/ Hund |
| <input type="checkbox"/> Frühstück    | <input type="checkbox"/> Halbpension  | <input type="checkbox"/> Vollpension         |
| <input type="checkbox"/> Badewanne    | <input type="checkbox"/> Dusche       | <input type="checkbox"/> IV-Dusche           |

 **Aufenthalt im Quadern Park (externe Wohnungen/ Studios in unmittelbarer Kliniknähe)**

Zuständige Person wird direkt Kontakt aufnehmen

**Eine Kopie dieses Schreibens geht an die Versicherung des Patienten mit der Bitte um Erteilung der Kostengutsprache.**

Dem Patienten/ der Patientin wird eine Behandlung in obenstehender Klinik als bevorzugte Lösung einer ambulanten Therapie verordnet.

Ort und Datum:

 Stempel, Tel.- Nr./ Unterschrift  
des Zuweisenden Arztes/ Sozialdienst

**Beilagen**

- diverse aktuelle Berichte (OP- Bericht, Austrittsbericht)

Für Sie gerne zuständig:

 Nicole Böhler  
amb. Patientenaufnahme Rheumatologie

 Tel. 081 303 14 01  
nicole.boehler@kliniken-valens.ch

Fax. 081 303 17 16