

ZUWEISUNG zur ambulanten Behandlung/Untersuchung

**Neurologie/Neurorehabilitation**

Polikliniksekretariat: Tel. 032 338 44 50\* / Fax 032 338 40 10\*  
poliklinik@rehaklinik-tschugg.ch

Name/Vorname  
Adresse  
PLZ/Ort  
E-Mail

AHV-Nr.  
Geb.-Datum  
Tel.

Sprache            D    F    I

andere

Krankenkasse/Versicherung

Krankheit

Unfall

Hauptdiagnose

Wichtige  
Nebendiagnosen

Fragestellung

Bemerkungen

**Zuweisender Arzt**

Name/Vorname  
Adresse  
Tel.  
E-Mail

Institution  
PLZ/Ort  
Fax

**Kontaktperson** (falls nicht zuweisender Arzt)

Name/Vorname

Tel.