

Beställningsblankett polikliniska behandlingar

Namn:	<input type="text"/>	Personnummer:	<input type="text"/>
Adress:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Postnummer:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Tel bostad:	<input type="text"/>	Tel arb:	<input type="text"/>
Diagnos:	<input type="text"/>		
Huvudsakliga besvär:	<input type="text"/>		
Vistelseperiod:	<input type="text"/>		

Önskat antal behandling/ grupper per vecka

Individuell Behandling	ggr/vecka	Grupper	ggr/vecka
Sjukgymnastik	<input type="text"/>	Bassänggrupp	<input type="text"/>
Arbetsterapi	<input type="text"/>	Fotgrupp	<input type="text"/>
Massage	<input type="text"/>	Handgrupp	<input type="text"/>
Bassäng med sg assistent	<input type="text"/>	Sittgrupp	<input type="text"/>
Gym med sg assistent	<input type="text"/>	Mattgrupp	<input type="text"/>
Självräning bassäng	<input type="text"/>	Avspänningsgrupp	<input type="text"/>
Självräning gym	<input type="text"/>	Stavgång	<input type="text"/>

Övrigt:

För att boka era behandlingar behöver vi bekräftelse från betalningsansvarig (landsting, kommun etc) gärna per mail eller fax för snabbare handläggning. Tänk på att betalningsansvarig vanligtvis beviljar och betalar endast för ett viss antal behandlingar eller beviljar visst belopp.

Betalningsansvarig:

Användande av högkostnadskort/ frikort godkänt
(betalningsbekräftelse från landsting ska bifogas)

Finns behandlande läkare som kan kontaktas vid behov? Ja Nej

Läkarens namn:
Klinik/ Vårdcentral: Tel:

Jag förstår att beställning ovan är bindade. Faktura skickas till betalningsansvarig. Avbokning och ändring skall ske senast två veckor innan ankomst. Bekräftelse på din beställning skickas till dig så fort vi erhållit beslut från betalningsansvarig.

Jag beställer ovan nämnda behandlingar

Namn Ort Datum

Centro Forestal Sueco, Apartado de correos 192, 29600 Marbella, Spanien Att: Pernilla Cassel
www.cfsmarbella.com bokning@cfsmarbella.com
Tel: 08 - 510 620 25