

# Kurzbericht Überweisung psychologische Psychotherapie

## Klient/Klientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Psychische Anamnese/Symptome, relevante somatische Diagnosen

## Diagnostische Beurteilung (inkl. ICD-Nr., falls vorhanden)

## Angaben zu früheren psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlungen (Jahr, Behandler)

## Angaben zu Psychopharmaka

## Angaben zu Arbeitsfähigkeit/-unfähigkeit/IV

### aarReha Schinznach

Zentrum für Rehabilitation  
Schinznach  
Badstrasse 55  
5116 Schinznach-Bad  
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation  
Zofingen  
Mühlethalstrasse 27  
4800 Zofingen  
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation  
Campus Brugg-Windisch  
Bahnhofstrasse 5a  
5210 Windisch  
T 056 463 88 00

[arztsekretariat@aarreha.ch](mailto:arztsekretariat@aarreha.ch)

[info@aarreha.ch](mailto:info@aarreha.ch)  
[www.aarreha.ch](http://www.aarreha.ch)

Bemerkungen/Ergänzungen

**aarReha Schinznach**

Zentrum für Rehabilitation  
Schinznach  
Badstrasse 55  
5116 Schinznach-Bad  
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation  
Zofingen  
Mühlethalstrasse 27  
4800 Zofingen  
T 056 463 85 11

Zentrum für Rehabilitation  
Campus Brugg-Windisch  
Bahnhofstrasse 5a  
5210 Windisch  
T 056 463 88 00

[arztsekretariat@aarreha.ch](mailto:arztsekretariat@aarreha.ch)

[info@aarreha.ch](mailto:info@aarreha.ch)  
[www.aarreha.ch](http://www.aarreha.ch)

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Ärztin/Arzt