Auftrag RAD RHÔNE im Rahmen der IIZ

**Name**  :       **Vorname** :

**Adresse** :

**AHV-Nr.** : 756.

**Leistungsarten :**

Medizinische Stellungnahme IIZ / bereits vorliegende Informationen (ausser Runder Tisch oder Assessment) Geleistete Arbeitsstunden :

Assessment, inkl. vorherigem Sammeln von Informationen (pauschal)

Medizinisches Gutachten (pauschal)

**Fragen des Koordinators IIZ :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kurzbericht des RAD-Arztes**: (kontaktierte Ärzte, Daten der Kontakte ; Antworten, Kommentare und Schlussfolgerungen)

Dr.       Datum :

**Antrag auf eine interne klinische Untersuchung IIZ**

**ART DES ANTRAGES**

Vom RAD-Sekretariat zu organisieren und dann der IIZ in Rechnung zu stellen

klinische Untersuchung RAD Rheumatologie

klinische Untersuchung RAD orthopädische Chirurgie

klinische Untersuchung RAD physikalische Medizin und Rehabilitation

klinische Untersuchung RAD Psychiatrie

Von der IIZ zu organisieren und direkt zu finanzieren :

Andere :

**KOMMENTARE :**