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 :**