

Zuweisung zur stationären Rehabilitation

Kardiologie, Innere Medizin, Psychosomatik

Angaben zur Patientin / zum Patienten			
Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ / Ort	_____
Geburtsdatum	_____		_____
Telefon	_____	Zivilstand	_____
E-Mail	_____	Neue AHV Nr.	_____
Krankenkasse allg.	_____	Versicherungs-Nr.	_____
Krankenkasse privat	_____	Versicherungs-Nr.	_____
Eintrittsdatum	_____	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat
Aufenthaltsdauer	_____ Tage	Eintrittsart	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Angaben zur Erkrankung			
Diagnosen	_____		
Begleiterkrankungen	_____		
(Datum der OP)	_____		

Behandlungsziele	_____		

Kardiologie: EF	_____ %	Spezialkost / Diät	_____
Arbeitsunfähigkeit	_____ %	seit	_____
Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit		Grad der Selbständigkeit	
<input type="checkbox"/> Verlegung zur stationären Weiterbehandlung (z.B. nach OP) <input type="checkbox"/> Erhebliches Rehapotential: Wiedererlangen - der Funktionsfähigkeit im Alltag - der Arbeitsfähigkeit <input checked="" type="checkbox"/> Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht / Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft		<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen Verrichtungen (ADL) <input type="checkbox"/> Gehhilfe / Rollstuhlpatient <input type="checkbox"/> Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/> Desorientiert	
		Freie Gehstrecke	Meter
Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt			
Name, Telefonnummer, Institution (Stempel)			
Ort, Datum		Unterschrift	
_____		_____	