

## Zuweisungsformular stationärer Aufenthalt

Kardiologie  
Innere Medizin

Psychosomatik  
Psychiatrie

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 Reha- / Behandlungspotential: 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 _____	