

Zuweisungsformular stationärer Aufenthalt

☐ Kardiologie

☐ Innere Medizin

☐ Psychosomatik

☐ Psychiatrie

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name:

Krankenkasse allg.:

Vorname:

Versicherungs-Nr.:

Adresse:

Krankenkasse privat:

PLZ/Ort:

Versicherungs-Nr.:

Geburtsdat.:

Zusatzversicherung:

☐ Halbprivat

☐ Privat

Zivilstand:

Eintrittsart:

☐ Krankheit

☐ Unfall

Telefon:

Eintrittsdatum:

E-Mail:

Aufenthaltsdauer:

Tage

Neue AHV-Nr.

Angaben zur Erkrankung

Diagnosen:

Datum der OP

Begleiterkrankungen:

Behandlungsziele:

Kardiologie: EF

%

Spezialkost/Diät

Arbeitsunfähigkeit

%

seit

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

☐ Verlegung zur stationären Weiterbehandlung
(z.B. nach OP)

☐ Erhebliches Reha- / Behandlungspotential: Wiedererlangen

• der Funktionsfähigkeit im Alltag

• der Arbeitsfähigkeit

☐ Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht /
Die ambulanten Therapiemöglichkeiten
sind ausgeschöpft

Grad der Selbstständigkeit

☐ Selbstständig

☐ Bedarf Hilfeleistungen bei den alltäglichen Verrichtungen
(ADL)

☐ Gehhilfe / Rollstuhlpatient

☐ Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit

☐ Desorientiert

Freie Gehstrecke:

Meter

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Name, Institution, Telefonnummer (Stempel)

Ort, Datum:

Unterschrift:

Senden Sie das ausgefüllte PDF bitte an: info@rehaklinik-seewis.ch