

## 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:

Tag

Neue AHV-Nr.

### Angaben zur Erkrankung

Diagnosen:

Datum der OP

Begleiterkrankungen:

Behandlungsziele:

### Weitere Ausführungen auf Seite 2

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:

**Weitere Ausführungen**

Senden Sie das ausgefüllte PDF bitte an: [info@rehaklinik-seewis.ch](mailto:info@rehaklinik-seewis.ch)