

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 _____	

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