



EINWEISUNG / KOSTENGUTSPRACHEGESUCH ZUR STATIONÄREN REHABILITATION

Gemäss KVG Anhand 1 KLV, Ziff. 11: Kostenübernahme nur auf vorgängige Gutsprache des Versicherers.

Garant	Name Krankenkasse _____	Versicherungs-Nr. _____
Grundversicherung	_____	_____
Zusatzversicherung	_____	_____

Patient
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____
Zivilstand _____
Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
Telefonnummer _____

Zuweiser
Praxis _____
Behandelndes Spital _____
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
PLZ / Ort _____
Telefonnummer _____
E-Mail _____

Behandlungsgrund
<input type="checkbox"/> Krankheit
<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> Militär

Spitalversicherung
<input type="checkbox"/> Allgemein
<input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz
<input type="checkbox"/> Halbprivat
<input type="checkbox"/> Privat
<input type="checkbox"/> Selbstzahler

Eintrittsgesuch	Frührehabilitation (Anzahl Tage) _____	Rehabilitation (Anzahl Tage) _____
Fachgebiet _____	_____	_____
Kardiovaskulär _____	_____	_____
Muskuloskelettal _____	_____	_____
Pulmonal _____	_____	_____
Internistisch _____	_____	_____
Onkologisch _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> In Verbindung mit Psychosomatisch-Sozialmedizinischer Rehabilitation		
Eintrittsdatum _____	Aufenthaltsdauer (Tage) _____	Aufenthalt bis _____

Medizinische Angaben, ICD-Code

OP-Datum

A) *Hauptdiagnose / Einweisungsgrund*

B) *Relevante Nebendiagnosen*

C) *Durchgeführte Therapien*

Körpergewicht:

Körpergröße:

Bei Unklarheiten bitten wir Sie, mit dem behandelnden Arzt in Verbindung zu treten.

Gegenwärtiger Zustand

A) *Funktionsdefizit*

B) *Behandlungsziel*

C) *Begründung der Rehabilitationsbedürftigkeit*

Abklärungsbedarf

Bewegungsbehinderung

Unmöglichkeit ambulanter Therapie

Pflegebedarf

Intensive Behandlungsbedürftigkeit

D) *Grad der Pflegeunterstützung*

selbständig

teilselbstständig

unselbstständig

Geht mit Hilfsmitteln

Rollstuhl

Soziale Situation

Lebt allein

Ungünstige Wohnverhältnisse

Vormund

Beistand

Berufliche Situation

Pensioniert

Angestellt

selbstständig erwerbend

Arbeitsunfähigkeit

Nein

Ja

Weitere pflegerische / medizinische relevante Informationen

ZVK / PICC Line / PVK / Porth-a-cath nein ja
 i.v. Antibiose nein ja
 Künstliche Ernährung nein ja
 PEG / JKF Sonde nein ja
 Dialyse nein ja

Welche:

Welche:

Dialyse Tage/Zeiten:

Dialyse bisher in:

Stoma nein ja
 Inkontinenz nein ja

Welche:

Welche:

Sauerstofftherapie nein ja
 Inhalationstherapie / CPAP Gerät nein ja
 Tracheostoma nein ja

Materialliste vorgängig an Klinik Schloss Mammern senden:

FAX: 052 742 16 69

E-Mail: pflegedienst@klinik-schloss-mammern.ch

Offene Wunden nein ja
 VAC nein ja
 Dekubitus nein ja

Lokalisation:

Welche Firma:

Grad:

Lokalisation:

Drainagen nein ja
 PleurX Drainage (Ableitung mit Sog
 oder Schwerkraft) nein ja

Firma:

Spezielle Medikation nein ja
 (z.B. HIV, Zytostatika, Immunsuppressiva..)
 Medikamente werden mitgegeben nein ja

Welche:

Anzahl Tage:

Mobilisation mit Hilfsmittel nein ja
 Spezielle Hilfsmittel nein ja
 (Korsett, Spezialschuhe, Schienen..)
 Belastung nach OP erlaubt nein ja
 Sturzgefährdet nein ja

Welche:

Welche:

Wie viel:

Kognition beeinträchtigt, z.B. Delir nein ja

Welche:

Massnahmen:

Orientierung beeinträchtigt situativ,
 persönlich, örtlich nein ja

Welche:

Massnahmen:

Isolations-und Hygienemassnahmen nein ja

Isolation: Welche:

MRSA: /Lokalisation:

ESBL: /Lokalisation:

Andere:

Massnahmen: