



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 / FKJ Sonde nein ja

Dialyse nein ja

Stoma nein ja

Inkontinenz nein ja

Sauerstofftherapie nein ja

Inhalationstherapie / CPAP Gerät nein ja

Tracheostoma nein ja

Offene Wunden nein ja

VAC nein ja

Dekubitus nein ja

Drainagen nein ja

PleurX Drainage (Ableitung mit Sog
oder Schwerkraft) nein ja

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

Medikamente werden mitgegeben nein ja

Mobilisation mit Hilfsmittel nein ja

Spezielle Hilfsmittel nein ja

(Korsett, Spezialschuhe, Schienen..) nein ja

Belastung nach OP erlaubt nein ja

Sturzgefährdet nein ja

Kognition beeinträchtigt, z.B. Delir nein ja

Orientierung beeinträchtigt situativ,
persönlich, örtlich nein ja

Isolations-und Hygienemassnahmen nein ja

Welche:

Welche:

Dialyse Tage/Zeiten:

Dialyse bisher in:

Welche:

Welche:

Materialliste vorgängig an Klinik Schloss Mammern senden:

FAX: 052 742 16 69

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

Lokalisation:

Welche Firma:

Grad:

Lokalisation:

Firma:

Welche:

Anzahl Tage:

Welche:

Welche:

Wie viel:

Welche:

Massnahmen:

Welche:

Massnahmen:

Isolation: Welche:

MRSA: /Lokalisation:

ESBL: /Lokalisation:

Andere:

Massnahmen: