



mammern@hin.ch  
www.klinik-schloss-mammern.ch



# EINWEISUNG / KOSTENGUTSPRACHEGESUCH ZUR STATIONÄREN REHABILITATION / FRÜHREHABILITATION

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

<b>Garant</b>	Name Krankenkasse _____	Versicherungs-Nr. _____
Grundversicherung	_____	_____
Zusatzversicherung	_____	_____

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

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

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

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

<b>Eintrittsgesuch</b>	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: