



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.

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: 052 743 16 69
 E-Mail: pflegedienst@klinik-schloss-mammern.ch

Offene Wunden nein ja
 VAC nein ja

Lokalisation:
 Welche Firma:

Dekubitus nein ja

Grad:
 Lokalisation:

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

Firma:

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

Welche:

Medikamente werden mitgegeben nein ja

Anzahl Tage:

Mobilisation mit Hilfsmittel nein ja

Welche:

Spezielle Hilfsmittel nein ja

Welche:

(Korsett, Spezialschuhe, Schienen..)

Belastung nach OP erlaubt nein ja

Wie viel:

Sturzgefährdet nein ja

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: