



SWISS
REHA

THE SWISS
LEADING
HOSPITALS



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 ☐ W ☐
Telefonnummer _____

Zuweiser

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

Behandlungsgrund

- ☐ Krankheit
☐ Unfall
☐ Militär

Spitalversicherung

- ☐ Allgemein
☐ Allgemein ganze Schweiz
☐ Halbprivat
☐ Privat
☐ Selbstzahler

Eintrittsgesuch

Fachgebiet	Frührehabilitation (Anzahl Tage)	Rehabilitation (Anzahl Tage)
Kardiovaskulär	_____	_____
Muskuloskelettal	_____	_____
Pulmonal	_____	_____
Internistisch	_____	_____
Onkologisch	_____	_____
Geriatrisch	_____	_____

☐ 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

- ☐ 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: