



**Anmeldung für klinisch-stationäre Behandlung / Rehabilitation**

Bitte alle Felder ausfüllen!

Name/Vorname:	_____	Geb.-Datum:	_____
Strasse:	_____	Tel. P:	_____
PLZ: / Ort:	_____	Tel. M:	_____
		Tel. G:	_____
Zivilstand:	_____	Nationalität:	_____
		Konfession:	_____
Angehörige \ gesetzliche Vertreter	_____	Heimatort:	_____
		Beruf:	_____
Arbeitgeber:	_____	Adresse des Arbeitsgeber:	_____
			_____
Hausarzt:	_____	Adresse des Hausarzt:	_____
			_____

**Einweisung zur:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> muskuloskelettale Rehabilitation            | <input type="checkbox"/> Neurorehabilitation                                |
| <input type="checkbox"/> internistische /onkologische Rehabilitation | <input type="checkbox"/> kardiopulmonale Rehabilitation<br>( Ab 65 Jahren ) |

- |                                    |                                      |   |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | provisorisches Eintrittsdatum: _____ | (definitives Eintrittsdatum wird von uns bestätigt) |
| <input type="checkbox"/> Unfall    | geplante Aufenthaltsdauer: _____     |   |

**Versicherung:**

Grundversicherung:	_____	Vers. Nr.:	_____
Zusatzversicherung:	_____	Vers. Nr.:	_____
Versicherungsstatus:	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat	<input type="checkbox"/> privat
Kostengutsprache Krankenkasse eingereicht:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Kostengutsprache Kantonsarzt eingereicht:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Upgrade 1er-Zimmer (mit Zuschlag)			



Einweisungsdiagnose:

Wichtige Nebendiagnosen:

Behandlungsziel:

Defizite

**Zur optimalen Patienten-Betreuung bitten wir die vorhandenen Berichte beizulegen, insbesondere:**

- Eintrittsbericht
- Operationsbericht
- Zusammenfassender Bericht des Hausarztes

**Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intensive stationäre Behandlung / Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Anus präter    |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Abklärungsbedürftigkeit               | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde      |
| <input type="checkbox"/> Abklärung Rehabilitationspotenzial               | <input type="checkbox"/> Nasen-Sonde    |
| <input type="checkbox"/> Funktionsdefizit                                 | <input type="checkbox"/> Sondennahrung: |
| <input type="checkbox"/> Zusätzliche Begleiterkrankungen                  |   |
| <input type="checkbox"/> Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht  |   |

- 
- Tracheostoma
  - VAC-Verband
  - Spezielles:
- 

Die Kopie dieses ausgefüllten Formulars gilt als Kostengutsprachege such.

Adresse, Tel.Nr.,  
Unterschrift des  
einweisenden Arztes:

**Zusatzblatt ebenfalls elektronisch zum Runterladen**