

Zuweisung für stationäre Rehabilitation

Patient

Name:	Vorname:
Geschlecht:	Zivilstand:
Geburtsdatum:	Telefon:
Strasse & Nr.:	PLZ, Ort:
Kanton:	

Kontaktperson

Name:
Telefon:

Hausarzt

Name:
Adresse:

Kostenträger

Behandlungsgrund:	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> BU	<input type="checkbox"/> NBU	<input type="checkbox"/> Krankheit
Unfalldatum:				
Schaden-Nr:				
Versicherungsklasse:	<input type="checkbox"/> Allg. ganze Schweiz	<input type="checkbox"/> Allg. Wohnkanton		
	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat		
Garant:	Vers.-Nr:			
Garant:	Vers.-Nr:			
Garant:	Vers.-Nr:			

Arbeitgeber, bei Unfall

Name:
Adresse:
PLZ, Ort:
aktuelle Berufstätigkeit:
Arbeitsunfähigkeit: nein ja. seit wann? Prozent: %

Einweisungsgrund

- ☐ Überwachungspflichtige Rehabilitation
- ☐ Neurologische Rehabilitation
- ☐ Muskuloskelettale Rehabilitation
- ☐ Arbeitsorientierte Rehabilitation

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Diagnose und Funktionsdefizit:

Operation / Datum:

Nebendiagnosen:

Rehaziel:

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Globalziele

- ☐ Erhöhung körperlicher Selbstständigkeit / Belastbarkeit
(Ausdauer, Beweglichkeit, Kraft, Koordination)
- ☐ Wiedererlangung der Selbstständigkeit / Selbstversorgung im Haushalt / im Alltag
- ☐ Wiedereingliederung in den Beruf

Funktionelle Ziele

- ☐ Verbesserung der neurologischen Defizite
- ☐ Verbesserung der Mobilisation
- ☐ Verbesserung der Gangsicherheit

Spezialanforderungen

- ☐ Prothesenversorgung
- ☐ Komplexes Wund-Management
- ☐ Dysphagie-Management
- ☐ Dialyse

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- ☐ intensive stationäre Rehabilitationsbedürftigkeit gemäss ICF in den Bereichen Körperfunktion, Aktivität, Partizipation oder Kontextfaktoren
- ☐ Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht
- ☐ Relevante funktionelle Behinderung

Grad der Behinderung und zusätzliche Informationen

- ☐ **Bitte immer das Zusatzblatt Pflegebedürftigkeit ausfüllen.**
- ☐ **Bitte bei spezieller Medikation aktuelle Medikamentenliste beilegen.**

Einweisendes Spital/Arzt/Abteilung/Kontaktperson für das Aufnahmeverfahren:

Name/Stempel
zuweisender Arzt:

Telefon:

Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____

Diese Angaben gehen als Kopie mit dem Kostengutsprachengesuch direkt an den Vertrauensarzt des Garanten.

Bitte Anmeldeformular an folgende Mail-Adresse senden:

reha@rehabellikon.ch

Patientenadministration | Rehaklinik Bellikon | 5454 Bellikon

Tel +41 56 485 54 80 | Fax +41 56 485 51 16