Einweisung zur stationären Rehabilitation

Wir werden uns gerne um das Beantragen der Kostengutsprache kümmern.

**Angaben zur Patientin/zum Patienten**  m  w

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Name | Vorname | Vorname |
| Geburtsdatum | Datum | Soz.-Vers.-Nr. | Nummer |
| Adresse | Adresse | PLZ und Ort | PLZ und Ort |
| Telefon-Nr. | Nummer | E-Mail | Name |

**Rehadiagnose**

Das Rehabilitationsprogramm ist im Tarif ST-Reha eng an die Rehadiagnose (Hauptdiagnose) geknüpft.

Abhängig von der Hauptdiagnose bieten wir in der Rehaklinik Hasliberg folgende Rehabilitationsprogramme an:

* Internistische Reha (inkl. Central-Sensitivity-Programm)
* Onkologische Reha
* Muskuloskelettale Reha (inkl. Hasliberger Schmerzprogramm und frühe postoperative Rücken-Reha)
* Psychosomatische Reha

|  |  |
| --- | --- |
| Hauptdiagnose | Name |
| Nebendiagnosen | Name |
| Psychiatrische oder Psych. Behandlung | Nein  Ja, in Behandlung seit: Datum  Behandler: Name |

**Angaben zum Kostenträger**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grundversicherung | Name | Zusatzversicher. | Name |
| Versicherungs-Nr. | Nummer | Versicherungs-Nr. | Nummer |
| Versicherungsklasse | A  HP  P | Deckung | Krankheit  Unfall |

**Begründung und Ziel für stationäre Rehabilitation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wesentliche  Einschränkung | Wohnen  Arbeiten  Aktivitäten  Sozialbereich  Chronifizierungsgefahr | Ambulante Behandlung nicht möglich  oder ausgeschöpft  Drohende Invalidisierung  Körperliche Einschränkung  (Einschränkungen auf Seite 2 ausfüllen!) |
| Rehabilitationsziel | Name | |
| Gew. Eintrittsdatum | Name  in Begleitung eines Haustieres | |

**Angaben der zuweisenden Stelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum | Name (Stempel) und Unterschrift des zuweisenden Arztes  ☐ Belegarzt/Belegärztin Spital: |

**Beilagen:**  Medikamentenliste  Patientenberichte  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelle Einschränkungen

**Bereich Einschränkungen Bemerkungen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ernährung | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |
| An- und  Auskleiden | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |
| Persönliche  Hygiene | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |
| Ausscheidung/  Toilette | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |
| Fortbewegung | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |
| Transfers | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |
| Orientierung | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |
| Verständigung | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |
| Soziale Interaktion | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |
| Psyche | keine | geringe | mässige | hohe | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| Hilfsmittel | Rollstuhl  Gehstöcke  Anderes: **Text**  Datum |
| Wunden | Dekubitus  VAC-Verband  Anderes: **Text** |
| Besonderes | Allergien  Isolation (Covid, MRSA, ESBL..)  Anderes: |
| Bemerkungen |  |

|  |
| --- |
| Vollständig ausgefülltes Einweisungszeugnis bitte per E-Mail senden an  [patientenmanagement@rehaklinik-hasliberg.ch](mailto:patientenmanagement@rehaklinik-hasliberg.ch) |