

Einweisung zur stationären Rehabilitation

Wir werden uns gerne um das Beantragen der Kostengutsprache kümmern.

Angaben zur Patientin/zum Patienten

m w

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

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
- Muskuloskeletale Reha (inkl. Hasliberger Schmerzprogramm und frühe postoperative Rücken-Reha)
- Psychosomatische Reha

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|------------|
| Hauptdiagnose | | | |
| Nebendiagnosen | | | |
| Psychiatrische oder Psych. Behandlung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, in Behandlung seit: | Behandler: |

Angaben zum Kostenträger

| | | | |
|---------------------|---|-------------------|--|
| Grundversicherung | | Zusatzversicher. | |
| Versicherungs-Nr. | | Versicherungs-Nr. | |
| Versicherungsklasse | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P | Deckung | <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall |

Begründung und Ziel für stationäre Rehabilitation

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Wesentliche Einschränkung | <input type="checkbox"/> Wohnen | <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung nicht möglich oder ausgeschöpft |
| | <input type="checkbox"/> Arbeiten | |
| | <input type="checkbox"/> Aktivitäten | <input type="checkbox"/> Körperliche Einschränkung (Einschränkungen auf Seite 2 ausfüllen!) |
| | <input type="checkbox"/> Sozialbereich | |
| | <input type="checkbox"/> Chronifizierungsgefahr | |
| Rehabilitationsziel | | |
| Gew. Eintrittsdatum | <input type="checkbox"/> in Begleitung eines Haustieres | |

Angaben der zuweisenden Stelle

| | |
|---------------|--|
| Ort und Datum | Name (Stempel) und Unterschrift des zuweisenden Arztes |
| | <input type="checkbox"/> Belegarzt/Belegärztin Spital: |

Beilagen: Medikamentenliste Patientenberichte _____

Aktuelle Einschränkungen

| Bereich | Einschränkungen | Bemerkungen |
|---------------------------|--|-------------|
| Ernährung | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |
| Persönliche Hygiene | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |
| Ausscheidung/ Toilette | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |
| Fortbewegung | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |
| Transfers | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |
| Orientierung | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |
| Verständigung | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |
| Soziale Interaktion | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |
| Psyche | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe | |

| | |
|-------------|--|
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gehstöcke <input type="checkbox"/> Anderes: |
| Wunden | <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> VAC-Verband <input type="checkbox"/> Anderes: |
| Besonderes | <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Isolation (Covid, MRSA, ESBL..) <input type="checkbox"/> Anderes: |
| Bemerkungen | |

Vollständig ausgefülltes Einweisungszeugnis bitte per E-Mail senden an patientenmanagement@rehaklinik-hasliberg.ch