

Ärztliches Einweisungszeugnis

Muskuloskelettale Reha Psychosomatische Reha Kurzzeitpflege AÜP (3. Seite ausfüllen)

Angaben zur Patientin/zum Patienten

m w

Name	Vorname
Geburtsdatum	Soz.-Vers.-Nr.
Adresse	PLZ und Ort
Telefon-Nr.	Hausarzt
Kontaktperson	

Angaben zur Begleitperson (falls Aufenthalt mit Begleitperson gewünscht)

m w

Name	Vorname
Geburtsdatum	Soz.-Vers.-Nr.
Ambulante Therapie	<input type="checkbox"/> Ja (Verordnung mitnehmen) <input type="checkbox"/> Nein
Hausarzt	
Diagnose	

Angaben zum Kostenträger

Grundversicherung	Zusatzversicherung
Versicherungs-Nr.	Versicherungs-Nr.
Versicherungsklasse	Deckung
<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zusatz ganze CH

Diagnosen somatisch/psychiatrisch

Hauptdiagnose	
	Operationsdatum:
Nebendiagnosen	
Psychiatrische oder Psychologische Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Behandlung seit: Behandler:

Begründung und Ziel für stationäre Rehabilitation

Wesentliche Einschränkung	<input type="checkbox"/> Wohnen <input type="checkbox"/> Arbeiten <input type="checkbox"/> Teilhabe an Aktivitäten <input type="checkbox"/> Sozialbereich	<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung nicht möglich oder ausgeschöpft <input type="checkbox"/> Drohende Invalidisierung <input type="checkbox"/> Chronifizierungsgefahr
Rehabilitationsziel		

Angaben der zuweisenden Stelle

Ort und Datum	Name (Stempel) und Unterschrift des zuweisenden Arztes
---------------	--

Beilagen

Medikamentenliste (bitte immer beilegen) Patientenberichte _____

Ärztliches Einweisungszeugnis

Pflegeaufwand

Angaben zur Patientin/zum Patienten

m w

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Besonderes	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Isolation (MRSA, ESBL..)

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 _____

Wunden Dekubitus Entzündungszeichen VAC-Verband Andere:

Bemerkungen _____

Einweisungszeugnis bitte an folgende Adresse senden:
 Rehaklinik Hasliberg AG, Bettendisposition, CH-6083 Hasliberg Hohfluh, Telefon 033 972 57 60,
 Telefax 033 972 55 56; E-Mail bettendisposition@rehaklinik-hasliberg.ch

Ärztliches Einweisungszeugnis

Ergänzung zur Akut und Übergangspflege (AÜP)

Name	Vorname
Geburtsdatum	Besonderes

Bedarfsabklärung (nur bei AÜP ankreuzen)

1. Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Eine tägliche ärztliche Behandlung und Betreuung erübrigt sich.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf über 24 Stunden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Die Patientin/der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. Sie/er hat den ausdrücklichen Wunsch geäußert, in die gewohnte Lebens- und Wohnsituation zurück zu kehren.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. Die Patientin/der Patient hat die kognitiven Fähigkeiten, um gezielte Informationen zu verarbeiten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8. Die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin/dem Patienten vereinbart.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort und Datum

Name (Stempel) und Unterschrift