Einweisung zur stationären psychosomatischen **Kurzzeit**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 | Text |

**Rehadiagnose**

* Das Rehabilitationsprogramm ist im Tarif ST-Reha eng an die Rehadiagnose (Hauptdiagnose) geknüpft. Die zweiwöchige Kurzzeitrehabilitation bieten wir einzig in der Psychosomatischen Rehabilitation an.

|  |  |
| --- | --- |
| Hauptdiagnose | Text |
| Nebendiagnosen | Text |
| Psychiatrische oder Psych. Behandlung | [ ]  Nein [ ]  Ja, in Behandlung seit: DatumBehandler: Name |

**Angaben zum Kostenträger**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grundversicherung | Text | Zusatzversicher. | Text |
| Versicherungs-Nr. | Nummer | Versicherungs-Nr. | Nummer |
| Versicherungsklasse | [ ]  A [ ]  HP [ ]  P | Deckung | [ ]  Krankheit [ ]  Unfall |

**Begründung und Ziel für stationäre Rehabilitation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WesentlicheEinschränkung | [ ]  Wohnen[ ]  Arbeiten[ ]  Aktivitäten[ ]  Sozialbereich[ ]  Chronifizierungsgefahr | [ ]  Ambulante Behandlung nicht möglich oder ausgeschöpft[ ]  Drohende Invalidisierung[ ]  Körperliche Einschränkung  (Einschränkungen auf Seite 2 ausfüllen!) |
| Rehabilitationsziel | Text |
| Gew. Eintritts-zeitraum  | Text[ ]  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 |
| 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:Datum |
| Besonderes | [ ]  Allergien [ ]  Isolation (MRSA, ESBL..) [ ]  Anderes: |
| Bemerkungen |  |

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