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: Datum  Behandler: 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wesentliche  Einschränkung | 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](mailto:patientenmanagement@rehaklinik-hasliberg.ch) |