

Einweisung zur stationären psychosomatischen **Kurzzeitrehabilitation**

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. Die zweiwöchige Kurzzeitrehabilitation bieten wir einzig in der Psychosomatischen Rehabilitation an.

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"/> Arbeiten <input type="checkbox"/> Aktivitäten <input type="checkbox"/> Sozialbereich <input type="checkbox"/> Chronifizierungsgefahr	<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung nicht möglich oder ausgeschöpft <input type="checkbox"/> Drohende Invalidisierung <input type="checkbox"/> Körperliche Einschränkung (Einschränkungen auf Seite 2 ausfüllen!)
Rehabilitationsziel		
Gew. Eintrittszeitraum	<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	<input type="checkbox"/> Medikamentenliste <input type="checkbox"/> Patientenberichte <input type="checkbox"/> _____

Aktuelle Einschränkungen

Bereich	Einschränkungen	Bemerkungen
Ernährung	<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:
Besonderes	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Isolation (MRSA, ESBL..) <input type="checkbox"/> Anderes:
Bemerkungen	

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