

Einweisung zur stationären psychosomatischen Kurzzeitrehabilitation

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	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Behandlung seit: Datum Behandler: Name

Angaben zum Kostenträger

Grundversicherung	Text	Zusatzversicher.	Text
Versicherungs-Nr.	Nummer	Versicherungs-Nr.	Nummer
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	Text	
Gewünschter Eintrittszeitraum	Text <input type="checkbox"/> in Begleitung eines Haustieres	

Angaben der zuweisenden Stelle

Ort und Datum	Name (Stempel) und Unterschrift der zuweisenden Ärztin/des zuweisenden Arztes <input type="checkbox"/> Belegärztin/Belegarzt Spital: Text		
Beilagen	<input type="checkbox"/> Medikamentenliste <input type="checkbox"/> Patientenberichte <input type="checkbox"/> Text		

Aktuelle Einschränkungen

Bereich	Einschränkungen	Bemerkungen
Ernährung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe	Text
Fortbewegung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe	Text
Transfers	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe	Text
Orientierung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe	Text
Verständigung	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe	Text
Soziale Interaktion	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe	Text
Psyche	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> mässige <input type="checkbox"/> hohe	Text

Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gehstöcke <input type="checkbox"/> Anderes: Text
Besonderes	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Isolation (MRSA, ESBL..) <input type="checkbox"/> Anderes: Text
Bemerkungen	

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