



Zuweisung und Kostengutsprache gesuch

onkologisch

internistisch

psychosomatisch

Einweisender Arzt
Kontaktangaben

Hausarzt
Kontaktangaben

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:

Name

Geschlecht

Vorname

Zivilstand

Geb.Dat.

Telefon

Adresse

E-Mail

PLZ | Ort

AHV-Nr.

Krankenversicherung

Versicherten-Nr.

Zusatzversicherung

Versicherten-Nr.

Spitalversicherung

Zimmerkomfort

Schadensart

Vorgespräche führen wir gerne nach Rücksprache mit den leitenden Ärzten durch.

Vorgespräch gewünscht

Medizinische Angaben

Hauptdiagnose, Begleiterkrankungen, Operationsdatum/Krankheitsbeginn, bisher durchgeführte Therapien

Soziale Situation

lebt alleine

abgelegener Wohnort

ungünstige Wohnverhältnisse

Arbeitsunfähigkeit

Unfähigkeit in %

seit

Gegenwärtiger Zustand

- A Funktionsdefizit nach ICF:** Der Patient zeigt Einschränkungen...
dabei seine Körperposition zu ändern / sich aufrecht zu halten
in der Führung des eigenen Haushaltes und Zubereitung von Mahlzeiten
mit dabei sich zu pflegen und zu waschen, sich zu kleiden
die Selbstversorgung unabhängig zu übernehmen
in der Beschaffung von Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs
in der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel
einer bezahlten Tätigkeit nachzugehen
dabei die tägliche Routine durchzuführen im Wohnort
mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umzugehen
dabei Entscheidungen zu treffen oder Probleme zu lösen
bei elementaren interpersonellen Aktivitäten
dabei Erholung und Freizeit zu organisieren und zu erleben
- B Behandlungsziele /
Rehabilitationspotential**
- C Begründung der Spital-
(Klinik-) Bedürftigkeit** Abklärungsbedarf Pflegebedarf Bewegungsbehinderung
intensive Behandlungsbedürftigkeit (tägl. Visiten/Überwachung Vitalparam.)
Dringende Distanzierung zum häuslichen Umfeld
Unmöglichkeit einer ambulanten Behandlung wegen:
- D Grad der Behinderung** selbständig
Bedarf geringgradiger Hilfe bei Gehen/Essen/Toilette/Aufstehen/Ankleiden
Gehhilfe / Rollator Rollstuhl
Bedarf intensiver Hilfeleistung
- E Aufenthalt nach Rehabilitation** Alters- oder Pflegeheim
Nach Hause mit Spitex
Nach Hause selbständig
Andere:

Patientenberichte	beigelegt	per Post / Fax	bringt Patient	keine Vorhanden
--------------------------	-----------	----------------	----------------	-----------------

Gesuchsteller

Klinik	Telefon
Abteilung	Fax
Kontaktperson	E-Mail
Adresse	EAN-Nr.
PLZ Ort	ZSR-Nr.

Arztstempel & Unterschrift:

Ort / Datum: