



## Zuweisung und Kostengutsprache gesuch Rehabilitation

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 in 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 /  
Rehabilitationpotential**
- 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:

---

<b>Patientenberichte</b>	beigelegt	per Post / Fax	bringt Patient	keine Vorhanden
--------------------------	-----------	----------------	----------------	-----------------

---

**Arztstempel & Unterschrift:**

**Ort / Datum:**