

Spital / Zuweiser:
Adresse:
PLZ / Ort:
Telefon:

Verantwortliche/r:
Telefon:
Telefax:
E-Mail:

Einweisung / Kostengutsprachegesuch zur stationären Rehabilitation

Reha Rheinfelden
Patientenaufnahme
Salinenstrasse 98
CH-4310 Rheinfelden

Vertrauensärztlicher Dienst der

Telefon + 41 (0)61 836 50 30
Fax + 41 (0)61 836 50 39

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:

Name Vorname Adresse PLZ, Ort	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum Zivilstand Telefon-Nr. Hausarzt
--	---	---

Kostenträger Nr. 1: Mitgl./Versich. Nr.:	Nr. 2: Nr.:
---	----------------

<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Neurorehabilitation* <input type="checkbox"/> Muskuloskelettale Rehabilitation	Zimmerwunsch Allgemein-Abteilung: (nach Möglichkeit) <input type="checkbox"/> 2-er Zimmer (mit Zuschlag) <input type="checkbox"/> 4-er Zimmer (ohne Zuschlag)
---	--	---

<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat (2er Zi)	<input type="checkbox"/> privat (1er Zi)	<input type="checkbox"/> Klassenwechsel erwünscht von _____ auf _____
------------------------------------	--	--	---

Eintritt erwünscht am	<input type="checkbox"/> telefonisch reserviert am	Dauer	Wochen
-----------------------	--	-------	--------

I Einweisungsgrund A) Diagnose
B) Funktionsdefizit
C) Operationsdatum
D) Relevante Begleiterkrankungen
II Behandlungsbeginn (Spitaleintritt)
III Behandlungsziel
IV Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, seit wann? _____ wieviel Prozent _____ %

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- Intensive Behandlungsbedürftigkeit
- Bewegungsbehinderung
- Neuropsychologische Defizite
- Pflegebedarf
- Abklärungsbedarf
- siehe beiliegenden Bericht
- Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht

Grad der Behinderung

- selbstständig
- bedarf geringgradiger Hilfeleistung für Gehen/ Essen /Toilette /Aufstehen /Ankleiden
- geht mit Stockhilfe
- Rollstuhl
- bedarf intensiver Hilfeleistung
- bettlägerig
- behindernde Schmerzen

Für Rückfragen:

Klinik / Abt: Kontaktperson / Tel.: Ort / Datum:	Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes:
--	---

* Zusatzblatt Pflegeaufwand für den Pflegedienst der Rehainstitution auf der Folgeseite

Spital / Zuweiser:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

Verantwortliche/r:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Zusatzblatt (Pflegeaufwand) zum Einweisungsformular

Name der Patientin / des Patienten:

Zustand der Patientin / des Patienten

Ernährung

- Sonde/parenterale Ernährung
- einlöffeln/ hohe Aspirationsgefahr
- isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson/ Aspirationsgefahr
- isst allein mit Hilfsmitteln/braucht Supervision
- isst völlig selbständig

Persönliche Hygiene

- Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en
- im Bett/am Lavabo teilweise möglich, aber in beträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-en angewiesen
- teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig
- braucht Hilfsmittel, Supervision
- Körperpflege (inkl. Zähne putzen, rasieren, frisieren) ganz allein möglich

Fortbewegung

- bettlägerig, selbständige Fortbewegung unmöglich
- braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung gehen mit Stützhilfe/Begleitung möglich/ selbständiges
- Rollstuhlfahren
- selbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen selbständiges Gehen und Treppensteigen möglich

Orientierung

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung (hohe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz)
- leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

Soziale Interaktion

- sehr häufig unkooperativ/ distanzlos/ zurückgezogen
- öfters unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- zeitweise unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- selten unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- normale soziale Interaktion

- vorhandener Dekubitus:
- Wunden, Verletzungen:
- Tracheostoma (Typ Trachealkanüle):
- PEG/SPK/Allg. Bemerkungen:

Für Rückfragen:

Klinik / Abt:

Kontaktperson / Tel.:

Ort / Datum:

An- und Auskleiden

- vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
- viel Unterstützung durch Hilfsperson
- wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson
- Hilfsmittel/Supervision notwendig
- völlig selbständig

Ausscheidung / Toilette

- stuhl- und urininkontinent
- urininkontinent/Katheter/Blasentraining
- auf Topf/Nachtflasche angewiesen
- Nachtstuhl/WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung alleine möglich

Transfers (bei Rollstuhlfahrern)

- kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen
- Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson
- leichte Unterstützung durch Hilfsperson
- Supervision/Anleitung durch Hilfsperson
- selbständiger, sicherer Transfer

Verständigung

- keine Verständigung möglich
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt
- sozialer Kontakt unbeeinträchtigt

Psyche

- starke Aggressivität/Euphorie/Depression/ Apathie/ Unruhe
- mittelschwere Aggressivität/Euphorie/ Depression/ Apathie/Unruhe
- leichte Aggressivität/Euphorie/Depression/ Apathie/ Unruhe
- Stimmungs labilität
- adäquates Verhalten und Psyche

Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes: