

Spital / Zuweiser:

 Adresse:
 PLZ / Ort:
 Telefon:

Verantwortliche/r:

 Telefon:
 Telefax:
 E-Mail:

Einweisung / Kostengutsprache gesuch zur stationären Rehabilitation

Reha Rheinfelden
Ärztliche Leitung
Salinenstrasse 98
CH-4310 Rheinfelden
Vertrauensärztlicher Dienst der
Telefon + 41 (0)61 836 51 51
Fax + 41 (0)61 836 50 35

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:

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

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

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

<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 _____
-----------------------------	----------------------------------------------------------	-------------

I Einweisungsgrund A) Diagnose <hr/> B) Funktionsdefizit <hr/> 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