



Einweisung zur klinisch- stationären Behandlung / Rehabilitation

Wichtige Information für die einweisende Stelle:

In verschiedenen Kantonen sind den Kliniken spezifische Leistungsaufträge zugeteilt.

Nebst der stationären Rehabilitationsbedürftigkeit muss somit auch der medizinische Status mit dem jeweiligen kantonalen Leistungsauftrag der Klinik übereinstimmen.

Kurklinik EDEN AG

Panoramastrasse

3854 Oberried

ZSR: T 7420.02

| | | | |
|------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| Name: | Vorname: | Allg. Abteilung | <input type="checkbox"/> |
| Adresse: | Geb.Dat: | 2er Privat / Halbprivat | <input type="checkbox"/> |
| PLZ / Ort: | Tel. Nr. | Privat | <input type="checkbox"/> |
| Leistungsträger: | Versichertennummer: | | |

Fragen an den einweisenden Arzt:

Abklärung Rehabilitationspotential

I. Einweisungsgrund

Rehabilitationsbehandlung

A. Funktionsdefizit
B. Operationsdatum
C. Begleiterkrankungen
II. Behandlungsbeginn
III. Behandlungsziel

| | | | |
|-------------------------------|------------|------------|---|
| IV. Arbeitsunfähigkeit | Ja / nein: | seit wann? | % |
|-------------------------------|------------|------------|---|

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------|
| geplanter Eintritts-/ Übertrittstermin: | geplante Aufenthaltsdauer: | Tg |
|--|-----------------------------------|-----------|

Grad der Behinderung

| | |
|--|--------------------------|
| selbständig | <input type="checkbox"/> |
| bedarf geringgradiger Hilfeleistungen für: | <input type="checkbox"/> |
| bedarf intensiver Hilfeleistungen für: | <input type="checkbox"/> |

(bitte Zutreffendes unterstreichen)

Aufstehen / Ankleiden / Essen / Toilette / Gehen

| | |
|---------------------|--------------------------|
| bettlägerig | <input type="checkbox"/> |
| geht mit Stockhilfe | <input type="checkbox"/> |
| RollstuhlpatientIn | <input type="checkbox"/> |

Zusätzliche soziale Indikationen:

| | |
|---|--------------------------|
| Lebt alleine / abseits ambulanter med. Versorgung | <input type="checkbox"/> |
| Wohnung mit baulichen Hindernissen (Treppe, etc) | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------|
| Die persönlichen häuslichen Umstände gefährden den Heilungserfolg | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|

| | |
|--|--------------------------|
| Durch die stationäre Rehabilitation kann der Akutspitalaufenthalt abgekürzt werden | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht.
Ich sende die Verordnung noch heute per A-Post an den obenstehenden Leistungserbringer.
Dieser wird dann sofort das Kosengutsprache gesuch an den Leistungsträger stellen.

Ort und Datum:

ärztlich verordnet durch:

Dieses Formular entstand in Anlehnung an das Formular der Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer-Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation (ALVR).

Formular: 799R

Für Kur- / Erholungsaufenthalte Formular 799K benützen!

Stempel, Tel-Nr. und Unterschrift des einweisenden Arztes