



EINWEISUNG / KOSTENGUTSPRACHEGESUCH ZUR STATIONÄREN REHABILITATION / FRÜHREHABILITATION

Gemäss KVG Anhand 1 KLV, Ziff. 11: Kostenübernahme nur auf vorgängige Gutsprache des Versicherers.

Garant	<i>Name Krankenkasse</i>	<i>Versicherungs-Nr.</i>
<i>Grundversicherung</i>	_____	_____
<i>Zusatzversicherung</i>	_____	_____

Patient	
<i>Name</i>	_____
<i>Vorname</i>	_____
<i>Adresse</i>	_____
<i>PLZ / Ort</i>	_____
<i>Geburtsdatum</i>	_____
<i>Zivilstand</i>	_____
<i>Geschlecht</i>	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
<i>Telefonnummer</i>	_____

Zuweiser	
<i>Spital / Praxis</i>	_____
<i>Name</i>	_____
<i>Vorname</i>	_____
<i>Adresse</i>	_____
<i>PLZ / Ort</i>	_____
<i>Telefonnummer</i>	_____
<i>E-Mail</i>	_____

Behandlungsgrund
<input type="checkbox"/> Krankheit
<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> Militär

Spitalversicherung
<input type="checkbox"/> Allgemein
<input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz
<input type="checkbox"/> Halbprivat
<input type="checkbox"/> Privat

Eintrittsgesuch	<i>Frührehabilitation (Anzahl Tage)</i>	<i>Rehabilitation (Anzahl Tage)</i>
<i>Fachgebiet</i>	_____	_____
Kardiovaskulär	_____	_____
Muskuloskelettal	_____	_____
Pulmonal	_____	_____
Internistisch	_____	_____
Onkologisch	_____	_____
<input type="checkbox"/> In Verbindung mit Psychosomatisch-Sozialmedizinischer Rehabilitation		
<i>Eintrittsdatum</i>	<i>Aufenthaltsdauer (Tage)</i>	<i>Aufenthalt bis</i>
_____	_____	_____



Medizinische Angaben, ICD-Code

A) *Hauptdiagnose*

B) *Begleiterkrankungen*

C) *Durchgeführte Therapien*

Bei Unklarheiten bitten wir Sie, mit dem behandelnden Arzt in Verbindung zu treten.

Gegenwärtiger Zustand

A) *Funktionsdefizit*

B) *Behandlungsziel*

C) *Begründung der Rehabilitationsbedürftigkeit*

Abklärungsbedarf

Bewegungsbehinderung

Unmöglichkeit ambulanter Therapie

Pflegebedarf

Intensive Behandlungsbedürftigkeit

D) *Grad der Behinderung*

Selbständig

Geringgradige Hilfe für Gehen, Essen, Toilette

Aufstehen, Ankleiden

Geht mit Hilfsmitteln

Rollstuhl

Intensive Hilfeleistung

Soziale Situation

Lebt allein

Pensioniert

Ungünstige Wohnverhältnisse

Arbeitsunfähigkeit

Nein

Ja