

Ärztliches Einweisungszeugnis

Aufenthaltsart

☐ Rehabilitation ☐ Kur

Angaben zur Patientin/zum Patienten

☐ W ☐ M

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

AHV-Nummer

Adresse

Telefon

E-Mail

Angaben zum Kostenträger

☐ Unfall ☐ Krankheit

Grundversicherung

☐ OKP

☐ Ganze CH

Zusatzversicherung

☐ HP

☐ P

Eintrittsdatum

Dauer:

Medizinische Angaben

Hauptdiagnose

Relevante Nebendiagnosen

Reha-Ziel und Rehapotential



Wesentliche Einschränkungen

- | | |
|---|--|
| ☐ Wohnen | ☐ Arbeiten |
| ☐ Drohende Invalidisierung | ☐ Arbeiten |
| ☐ Chronifizierungsgefahr | ☐ Sozialbereich |
| ☐ Ambulante Behandlung nicht möglich oder ausgeschöpft | |

Pflegebedarf

(Bei hohem Pflegebedarf bitte einen aktuellen Pflegerapport beilegen)

- | | | | | |
|--------------|--|--|--|------------------------------------|
| Fortbewegung | ☐ Frei | ☐ An Stöcken | ☐ Rollator | ☐ Rollstuhl |
| Transfer | ☐ Selbstständig | ☐ Mit Unterstützung | ☐ Nur mit Hilfe | |
| Essen | ☐ Selbstständig | ☐ Teilweise selbstständig | ☐ Nur mit Hilfe | ☐ Rollstuhl |
| Kostform | ☐ Normal | ☐ Diät | ☐ Sondennahrung | ☐ Allergien |
| Körperpflege | ☐ Selbstständig | ☐ Teilweise selbstständig | ☐ Nur mit Hilfe | ☐ Rollstuhl |
| Ausscheidung | ☐ Selbstständig | ☐ Teilweise selbstständig | ☐ Nur mit Hilfe | ☐ Rollstuhl |
| Ankleiden | ☐ Selbstständig | ☐ Teilweise selbstständig | ☐ Nur mit Hilfe | ☐ Rollstuhl |
| Kognition | ☐ Orientiert | ☐ Leichte Einschränkung | ☐ Mittelschwere Einschränkung | |
| Besonderes | ☐ P.I.C.C | ☐ ZVK | ☐ Port-à-cath | ☐ PEG |
| | ☐ VAC-Verband | ☐ Sauerstoff | ☐ Tracheostoma | ☐ Isolation |
| | ☐ MRSA | ☐ ESBL | ☐ Dialysepflichtig | |

Kontaktperson und Telefon-Nr. für Rückfragen

Ort, Datum und Unterschrift der zuweisenden Stelle