

Ärztliches Einweisungszeugnis zur geriatrischen Rehabilitation

Patient

Frau Herr

Vorname

Nachname

Strasse

PLZ

Ort

Geb.Datum

Tel. privat

Tel. mobil

Email

Aufenthalt

Eintrittstermin

Geplante Aufenthaltsdauer

3 Wochen

Andere

Begleitperson

Ja im Einzelzimmer Ja, im Doppelzimmer mit Patient nein
(Preise können erst nach med. Vorabklärung mitgeteilt werden)

Krankenkasse/Unfallversicherung

Versicherungsstatus

Name

Versicherungsnummer

AHV-Nummer

Zusatzversicherung (Patient)

Name

Versicherungsnummer

Hauptdiagnose - ICD10

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Nebendiagnosen/Co-Morbiditäten

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Kriterien geriatrische Rehabilitation

Hauptkriterien (müssen erfüllt sein)

- Alter > 75 Jahre
- 3 oder mehr Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen)

Zusatzkriterien (2 müssen erfüllt sein)

- Mobilitätsstörung
- Sturzgefahr
- Polymedikation
- Chronische Schmerzen
- Malnutrition
- Patient kann nach Rehabilitation wieder in Wohnverhältnisse mit höherer Autonomie zurückkehren

Funktionsdefizite

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Behandlungsziele

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Zuweiser

Name/Praxis/Spital

Strasse

PLZ

Ort

Telefonnummer

Fax

Email

Datum

Unterschrift Stempel Zuweiser

(Elektronisch erstellte und gesandte Dokumente gelten als visiert und rechtsverbindlich gültig).

Dieses Formular beinhaltet sehr schützenswerte Daten, bitte schützen Sie diese und senden Sie diese nur mit E-Mail-Verschlüsselung (z.B. HIN) oder per Fax oder Post