

Ärztliches Einweisungszeugnis Rehabilitation

Anrede: ☐ Frau ☐ Mann ☐ divers

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

Sprache:

Zivilstand:

Aufenthalt:Aufenthaltsart: ☐ stationäre geriatrische Rehabilitation ☐ stationäre muskuloskelettale Rehabilitation

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Geplante Aufenthaltsdauer:

Zimmerwunsch:

VersicherungsstatusVersicherungstyp: ☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat**Krankenkasse/Unfallversicherung**

Name:

Versicherungsnummer:

AHV-Nummer:

Zusatzversicherung

Name:

Versicherungsnummer:

Diagnose

Hauptdiagnose/ICD/O:

Nebendiagnosen:

Kriterien geriatrische Rehabilitation

Hauptkriterien: ☐ Alter > 75 Jahre (in der Regel)
☐ Multimorbidität: Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei problematischen oder aktiven Erkrankungen

Zusatzkriterien: Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei Syndromen/Symptomen wie z. B:

(Geriatrische Syndrome) ☐ Mobilitätsstörung/Immobilität
☐ Sturzgefahr/erhöhtes Sturzrisiko
☐ Kognitive Einschränkung, insbesondere abklingendes Delir
☐ Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin
☐ Depression oder Angststörung
☐ Eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane (Visus- oder Gehörminderung)
☐ Dekubitusulzera
☐ Polymedikation und/oder Non-Compliance
☐ Chronische Schmerzen
☐ Malnutrition und/oder Sarkopenie
☐ Soziale Isolation
☐ Gebrechlichkeit (Frailty)/herabgesetzte Belastbarkeit

Kriterien Gerontotraumatologische Rehabilitation

☐ Frakturen des proximalen Femurs (Schenkelhals, per-/subtrochantäre Femurfrakturen)
☐ Periprothetische Femurfrakturen
☐ Beckenringfrakturen
☐ Frakturen im Bereich der Wirbelsäule

Kriterien muskuloskelettale Rehabilitation (mindestens vier von fünf müssen erfüllt sein)

☐ Notwendige Therapieintensität kann ambulant nicht erreicht werden
☐ Erhöhte Sturzgefahr
☐ Instabile Schmerzsituation
☐ Verzögerte Mobilität
☐ Eine Selbstversorgung im häuslichen Umfeld kann nicht sichergestellt werden

Detailplanung vor Eintritt

Körperpflege

- ☐ selbstständig
☐ mit Unterstützung

Mobilität

- | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|
| ☐ selbstständig | ☐ Böckli | ☐ Rollator | |
| ☐ mit Unterstützung | ☐ UAGS | ☐ Eulenburger | |
| | ☐ Taurus | ☐ Rollstuhl | |
| | ☐ im Bett | ☐ Transfer mit Unterstützung | ☐ ohne Unterstützung |

Kognition/Orientierung

- ☐ unauffällig
☐ auffällig (Delir, Demenz, etc.)
☐ stark desorientiert
☐ Weglauftendenz
☐ Sitzwache
☐ Sturzgefahr ☐ Klingelmatte

Isolation

- ☐ nicht isoliert
☐ isoliert wegen:

Sonstige Informationen

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Wunden | | | |
| ☐ vorh. Dekubitus | ☐ VAC-Verband | ☐ OP-Naht | |
| ☐ Stoma | | | |
| ☐ Infusionen | ☐ PVK | ☐ ZVK | ☐ Port |
| ☐ O2 | ☐ kontinuierlich | ☐ bei Bedarf | |

Stabil und verlegbar

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ Ja | ☐ Noch nicht | ☐ Liegendtransport geplant |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|

Zuweisende Stelle

Name/Praxis/Spital:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Mail (Security-Mail):

☐ Ja☐ Nein**Unterschrift/Stempel zuweisende Stelle**

Datum:

Unterschrift zuweisende Stelle:

Alle Angaben sind zur Weiterleitung an die Krankenkasse/Kostenträger vorgesehen.