

Ärztliches Einweisungszeugnis

Anrede Frau Mann

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:

Versicherungsstatus

Versicherungstyp: Allgemein Halbprivat Privat

Krankenkasse/Unfallversicherung

Name:

Versicherungsnummer:

AHV-Nummer:

Ärztliches Einweisungszeugnis

Zusatzversicherung

Name:

Versicherungsnummer:

Diagnose

Hauptdiagnose/ICD/O:

Nebendiagnosen:

Ärztliches Einweisungszeugnis

Kriterien geriatrische Rehabilitation

- Hauptkriterien:
- Alter > 75 Jahre (in der Regel)
 - Multimorbidität: Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei problematischen oder aktiven Erkrankungen
- Zusatzkriterien:
(Geriatrische Syndrome)
- Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei Syndromen/Symptomen wie z. B.:
- 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

Ärztliches Einweisungszeugnis

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.