

Einweisungszeugnis stationärer Rehabilitation

Einweisungsgrund

Krankheit

Unfall

orthopädische / muskuloskelettale Rehabilitation

geriatrische Rehabilitation

internistische Rehabilitation

HWS-Distorsion

chronisches Schmerz-Programm

Spital / Zuweiser

Verantwortliche/r _____

Strasse Nr. _____ PLZ/Ort/Kanton _____

Telefon P _____ Telefax _____ E-Mail _____

Allgemeine Abteilung (3er-Zimmer)

Halbprivat (2er-Zimmer)

Privat (Einzelzimmer)

Zusatz ganze Schweiz

Ja Nein

Gewünschtes Eintrittsdatum _____ telefonisch reserviert am _____

Personalien

Name _____ Vorname _____ Herr Frau

Strasse Nr. _____ PLZ/Ort/Kanton _____

Geburtsdatum _____ Telefon P _____ Neue AHV-Nr. 756 _____

Kostenträger 1 _____ Versicherungs-Nr. _____

Kostenträger 2 _____ Versicherungs-Nr. _____

Hausarzt _____

Einweisungsgrund/Hauptdiagnose (Bitte als zusammenhängender Text ohne Abschnitte)

Relevante Nebendiagnose(n) (Bitte als zusammenhängender Text ohne Abschnitte)

Operationsdatum _____

Rückkehr nach Hause realistisch ja nein

Begründung für stationäre Rehabilitation / Behandlungsziel (Bitte als zusammenhängender Text ohne Abschnitte)

aarReha Schinznach

Zentrum für Rehabilitation
Schinznach
Badstrasse 55
5116 Schinznach-Bad

Zentrum für Rehabilitation
Zofingen
Mühlethalstrasse 27
4800 Zofingen

T 056 463 85 11
info@aarreha.ch
www.aarreha.ch

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

Intensive Behandlungsbedürftigkeit
 Relevante funktionelle Behinderung
 siehe beiliegenden Bericht
 Therapieresistenz unter ambulanten Bedingungen
 Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht

Selbstständigkeitsprofil

essen / trinken	selbstständig	teilweise	unselbstständig
Körperpflege	selbstständig	teilweise	unselbstständig
Ankleiden	selbstständig	teilweise	unselbstständig
Ausscheidung	selbstständig	teilweise	unselbstständig
Fortbewegung	geht mit Stockhilfe/Rollator		Rollstuhl
Orientierungsstörung / Demenz			
leicht	mittelschwer	schwer	MMS Punkte: ____

Weiterkommen.

Weitere medizinische Informationen

i.v.-Antibiose	nein	ja	VAC	nein	ja
ZVK	nein	ja	Dekubitus	nein	ja
Porth-à-cath	nein	ja	Tracheostoma	nein	ja
Stoma	nein	ja	PEG	nein	ja
Inhalationstherapie	nein	ja	künstliche Ernährung	nein	ja
Apnoe-Gerät / CPAP	nein	ja	Isolation nötig	nein	ja
Sauerstoff	nein	ja	dialysepflichtig	nein	ja
grosse Wunde	nein	ja	spezielle Medikamente	nein	ja

Datum _____

Ärztin/Arzt _____
 (Stempel und Unterschrift)

Spezielle Hinweise und Bemerkungen (Bitte als zusammenhängender Text ohne Abschnitte)

Beilagen

Gute Dokumentationen vermeiden Doppelspurigkeiten und sind für die Rehabilitation von Wichtigkeit. Vielen Dank!

- Arztberichte
- Radiologische Dokumente:
 - Röntgenbilder
 - CT
 - MRI
- Operationsbericht
- Labor, EKG, Lungenfunktion etc.

Mitgelieferte Berichte können an die Versicherer weitergereicht werden: ja nein

Wir weisen Sie darauf hin, dass sämtliche Angaben dieses Einweisungszeugnisses an die Versicherer weitergeleitet werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die auf diesem Formular erhobenen Daten erfasst und gespeichert werden. Detaillierte Informationen zu unserer Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://www.aarreha.ch/impresum>