

Anmeldung zur stationären Rehabilitation und Kostengutsprache gesuch

☐ Neurorehabilitation ☐ Muskuloskeletale Rehabilitation ☐ Internistisch-onkologische Rehabilitation ☐ Geriatrische Rehabilitation

Patientendaten bitte ausfüllen oder Stammblatt beilegen.

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse / Nr.	_____	PLZ / Wohnort	_____
Telefon Privat	_____	Mobil	_____
Hausarzt	_____		

Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat	<input type="checkbox"/> privat
Grundversicherung		Vers. Nummer	
Zusatzversicherung		Vers. Nummer	
Einweisungsgrund	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	

Eintrittsdatum

Hauptdiagnose

- Bitte aktuelle Diagnoseliste mit Therapie beilegen

- Bitte SPI beilegen (Selbst-Pflege-Index)

Ziele

<input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbständigkeit	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Mobilität, Hilfsmittelanpassung	<input type="checkbox"/> Schmerzreduktion
<input type="checkbox"/> Verbesserung der kognitiven Funktionen	<input type="checkbox"/> Rekonditionierung	<input type="checkbox"/> Andere

Multimorbidität

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kognitive Einschränkung | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> schwer |
| <input type="checkbox"/> Mobilitäts- und Gleichgewichtsstörung | | |
| <input type="checkbox"/> Fehl- und Mangelernährung | | |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | | |
| <input type="checkbox"/> Störung der Sinnesorgane | <input type="checkbox"/> Visuseinschränkung | <input type="checkbox"/> Hörstörung |
| <input type="checkbox"/> Psychische Störung | | |
| <input type="checkbox"/> Depression | | |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Gebrechlichkeit | | |
| <input type="checkbox"/> Schwierige Kontextfaktoren (sozial, Wohnform, Isolation etc.) | | |

Hilfe erforderlich für

- | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> Ankleiden | <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> WC | |

Weiter Diagnosen / Bemerkungen

Zuweisender Arzt

Name/Vorname, Telefonnummer, Stempel, Datum und Unterschrift