

# Ärztliches Einweisungsschreiben zur stationären Aufnahme Zürcher RehaZentren | Klinik Davos

## Kontakt

Patientenanmeldung Davos

Tel. 081 414 43 38

Fax 081 414 42 70

E-Mail patientenanmeldung.davos@zhreha.ch

Alle **rot** umrandeten Felder, resp. gekennzeichnete Felder mit \* sind **Pflichtfelder** und müssen ausgefüllt werden, sonst kann das Formular nicht abgesendet werden.

## Angaben zur Patientin / zum Patienten

Nachname\*

Vorname\*

Adresse\*

PLZ\*

Ort\*

Geburtsdatum\*

Geschlecht\*

Telefon

Mobile

männlich

weiblich

AHV-Nr.

## Angaben zur Versicherung

Grundversicherung / Mitglied-Nr.\*

Zusatzversicherung / Mitglied-Nr.

Krankheit

allgemein (nur Wohnkanton)

Unfall

allgemein (ganze CH)

advanced (halbprivat)

excellence (privat)

Kostengutsprache an Versicherung eingereicht?\*

ja

nein

Diese Angaben gehen auch als Kostengutsprache gesuch direkt an den Vertrauensarzt der Versicherung.

## Zuweisung für

Muskuloskelettale Rehabilitation

Davoser interdisziplinäres Schmerzprogramm (DISP)

Psychosomatische Rehabilitation

Pulmonale Rehabilitation

Akutbehandlung

Rehabilitation

Internistisch - onkologische Rehabilitation

Gewünschtes Eintrittsdatum\*

Geplante Aufenthaltsdauer

**Behandlungsziel / Auftrag**

- Verlegung zur Weiterführung der Spitalbehandlung
- Verminderung einer weiteren Chronifizierung
- Reintegration ins soziale Leben
- Erlernen von Coping-Strategien
- Medikamenteneinstellung / Abbau / Entzug
- Psychosoziale Zusammenhänge erkennen und Veränderungen einläuten
- Verminderung unnötiger akutmedizinischen Abklärungen und Notfalleinweisungen
- Drohender Verlust der Arbeitsfähigkeit / Sorge für die Familie
- Reintegration ins Arbeitsumfeld
- Allgemeine Reintegration in den Alltag
- Andere

---

**Angaben zur Einweisung**

Arbeitsunfähigkeit    nein                    ja                    wenn ja, seit wann  
   wenn ja, wieviel %

**Einweisungsdiagnose und relevante Nebendiagnosen (ICD)\***  
(für psychosomatische Einweisung bitte die Details auf Seite 5 und 6 beachten)

**Operation / Krankheitsbeginn (Eingriff / Datum)\***

## Funktionseinschränkungen

Gehen  
Aufstehen  
Anziehen  
Verständigung

Körperpflege  
Essen  
Toilettengang

## Ausscheidung

|             |       |    |      |             |    |      |
|-------------|-------|----|------|-------------|----|------|
| Inkontinenz | Urin  | ja | nein | DK/Zystofix | ja | nein |
|             | Stuhl | ja | nein | Stoma       | ja | nein |

|                   |    |      |      |     |        |
|-------------------|----|------|------|-----|--------|
| Isolation wenn ja | ja | nein |      |     |        |
| Lokalisation      |    | MRSA | ESBL | TBC | andere |

|               |     |          |
|---------------|-----|----------|
| Wunde wenn ja | ja  | nein     |
|               | VAC | Drainage |

## Ernährung Kostform/Diät

## Nahrungsmittel- unverträglichkeiten

BMI >120 kg (= Spezialbett)

PEG/FKE

Tracheostoma

andere

|                  |    |      |                 |
|------------------|----|------|-----------------|
| Suchtproblematik | ja | nein | wenn ja, welche |
|------------------|----|------|-----------------|

|                   |    |        |      |
|-------------------|----|--------|------|
| Deutschkenntnisse | ja | mässig | nein |
|-------------------|----|--------|------|

### Anschlussprozedere

Alltagsumfeld

Spitex

andere Institutionen, nämlich

nicht festgelegt

### Sozialarbeiter

Vorname / Name

Telefon

### Beilagen

Medikamentenblatt

EKG

Austrittsbericht

Röntgen

OP-Bericht

Labor

### Ambulante Behandlung

Eine ambulante Behandlung ist aus medizinischen Gründen nicht möglich bzw. ausgeschöpft weil:

Aufgrund der Komplexität sind die angewandten Therapien nicht oder nicht ausreichend gewährleistet

Fehlender ambulanter Therapiezugang

Notwendigkeit zur klinischen, laborchemischen und diagnostischen Überwachung

Eine Betreuung in einer Kurinstitution oder einer Pflegeinstitution ist auf Grund der vorliegenden Situation nicht möglich

anderes:

### Ambulante ausgeschöpfte (Abklärungen) Therapien

| Bisherige Therapie | Wenn ja: Wo | Warum konnte allenfalls eine angedachte Therapie nicht durchgeführt werden? |
|--------------------|-------------|---|
|--------------------|-------------|---|

Medizinische  
Spezialisten

Psychotherapie

Physiotherapie

MTT

Ergotherapie

Spitex

Tagesklinik

Case Manager

## Notwendige Zusatzinformation bei Aufnahme in die Psychosomatische Rehabilitation

(müssen nur bei Zuweisung in die Psychosomatische Rehabilitation beantwortet werden)

### Einweisung aufgrund

Somatoforme Störungen F45  
Schlafstörungen G47  
Dissoziative Störungen der Bewegung  
und der Sinnesempfindungen F44.4-7  
Kopfschmerzen  
Migräne G43  
Spannungskopfschmerzen G44.2  
Arzneimittelinduzierte  
Kopfschmerzen F44.4  
Chronische posttraumatische  
Kopfschmerzen G44.3  
Andere

### Komorbiditäten

Rezidivierende depressive Störungen F33  
Generalisierte Angststörung F41.1  
Posttraumatische Belastungsstörung F43.1  
Persönlichkeitsstörungen F60

---

### Weitere Patientenangaben

|   |                 |      |
|---|-----------------|------|
| Motiviert   | ja              | nein |
| Suizidal  | ja              | nein |
| Bereits psychiatrisch hospitalisiert                  | ja              | nein |
|   | wenn ja: Wann   | Wo   |
| Hinweise für Persönlichkeitsstö-<br>rungen/Borderline | ja              | nein |
|   | wenn ja: Welche |      |

|  |                                |      |
|--|--------------------------------|------|
| Aufnahme nach Schmerzmittel-<br>entzug | ja                             | nein |
|  | wenn ja: In welchem Akutspital |      |

|   |                  |      |
|---|------------------|------|
| Casemanagement bekannt<br>(Antrag bei Krankenkasse durch<br>Zuweiser) | ja               | nein |
|   | wenn ja: Welches |      |

---

### Funktionseinschränkungen/Auszug aus dem Mini-ICF (Teil 1)

Der/die PatientIn hat Mühe:

Termine oder die tägliche Routine, usw. einzuhalten

In der Organisation des Tages, Arbeit Haushalt, Freizeit

Im Denken, Verhalten oder Erleben sich den Veränderungen anzu-  
passen

Sein/ihr Wissen und Kompetenzen einzusetzen

Beim Urteilen und Entscheidungen fällen

Notwendige Zusatzinformation bei Aufnahme in die  
Psychosomatische Rehabilitation

(müssen nur bei Zuweisung in die Psychosomatische Rehabilitation beantwortet werden)

Funktionseinschränkungen / Auszug aus dem Mini-ICF (Teil 2)

Der / die PatientIn hat Mühe:

In der Eigeninitiative

Im Durchhaltevermögen

Im sozialen Kontakt

In der Selbstpflege

In seiner / ihrer Mobilität (benutzen von ÖV oder Auto unmöglich,  
kann Wohnung nicht mehr verlassen)

---

Wünschen Sie, falls indiziert, nach dem Rehabilitationsaufenthalt die Vermittlung von:

|                   |    |      |
|-------------------|----|------|
| Psychotherapie    | ja | nein |
| Physiotherapie    | ja | nein |
| Ergotherapie      | ja | nein |
| Weitere Therapien | ja | nein |

Angaben Einweiser\*

Spital / Klinik / Praxis

Titel / Vorname / Name

Adresse

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Formular bitte speichern und anschliessend per E-Mail senden an:

**patientenanmeldung.davos@zhreha.ch**