

# Ärztliches Einweisungsschreiben zur stationären Aufnahme

## Zürcher RehaZentren | Klinik Davos

### Kontakt

Patientenanmeldung Davos

Tel. 058 58 511 43 00

E-Mail anmeldung.davos@kliniken-valens.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\*  
männlich  
weiblich

Telefon

Mobile

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 / Psychiatrie

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- rungen/Borderline	ja	nein
	wenn ja: Welche	

Aufnahme nach Schmerzmittel- entzug	ja	nein
	wenn ja: In welchem Akutspital	

Casemanagement bekannt (Antrag bei Krankenkasse durch 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**