

Ärztliches Einweisungsschreiben zur stationären Aufnahme

Zürcher RehaZentren | Klinik Wald

Kontakt

Patientenanmeldung Wald

Tel. 055 256 64 43

Fax 055 256 62 55

E-Mail patientenanmeldung.wald@zhreha.ch

Alle **rot** umrandeten Felder 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

Zuweisung für

Neurologische Rehabilitation

Muskuloskelettale Rehabilitation

Kardiovaskuläre Rehabilitation

Pulmonale Rehabilitation

Akutbehandlung

Rehabilitation

Internistisch - onkologische Rehabilitation

Gewünschtes Eintrittsdatum

Geplante Aufenthaltsdauer

Angaben zur Einweisung

Einweisungsdiagnose und relevante Nebendiagnosen

Operation/Behandlung (Eingriff/Datum)

Funktionseinschränkungen

Gehen
Aufstehen
Anziehen
Verständigung

Körperpflege
Essen
Toilettengang

Kontinenz Urin ja nein

Sitzwache ja nein

i.v. Antibiose ja nein

Suchtproblematik ja nein

Details zur Suchtproblematik

Stuhl ja nein

Delirant ja nein

wenn i.v. Antibiose ja, bitte Medikamentenblatt mitsenden

Behandlungsziel / Auftrag

Beilagen

Pflegefragebogen*

Medikamentenblatt*

Austrittsbericht

OP-Bericht

Labor

EKG

Röntgen

andere

*Pflicht bei Anmeldungen Neurologische Rehabilitation Bitte zusätzliche Beilagen einscannen und dem E-Mail anhängen.

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

Angaben Einweiser

Spital / Klinik / Praxis

Titel / Vorname / Name

Adresse

PLZ

Ort

Kontakt für Rückfragen

Vorname

Name

Telefon

E-Mail

Datum