

PATIENTENDATEN

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	
Strasse		PLZ / Ort	
Muttersprache		Wohnsitz (Kanton)	
Telefonnummer		Mobilnummer	
E-Mail adresse		Hausarzt	
Vormundschaft	Nein Ja	Einverständnis des Patienten, sich einer Rehabilitation zu unterziehen	Nein Ja

ANREISE

Woher kommt der Patient?	Zu Hause Spital	Transport durch unsere Klinik	Nein Ja
Wenn ja, Datum, Ort und Zeit			

VERSICHERUNG

Behandlungsgrund	Krankheit Unfall	AHV-Nummer	
Klasse	Allgemein Halbprivat Privat	Ganze Schweiz	
Upgrade	Allgemein auf Halbprivat Allgemein auf Privat	Halbprivat auf Privat)	
Grundversicherung		Vers. Nr.	
Adresse			
Zusatzversicherung		Vers. Nr.	
Adresse			
Wurde der Garantierantrag bereits an die Versicherung gesendet?	Nein Ja		

REHABILITATION (Bitte nur eine Fachrichtung ankreuzen)

kardiologisch muskuloskelettal internistisch onkologisch geriatrisch	
Gewünschtes Eintrittsdatum	
Voraussichtliche Aufenthaltsdauer	14 Tage 21 Tage 28 Tage Andere :
Rückkehrprojekt	Nach Hause Altersheim/Bett C Andere :

IHRE KONTAKTDATEN, UM SIE BEI BEDARF KONTAKTIEREN ZU KÖNNEN

Zuweiser (Arzt, Spital)		Telefonnummer	
Strasse / PLZ / Ort			
Ort und Datum		E-Mail	
Stempel und Unterschrift		Telefonnummer Pflege	
		Telefonnummer Dienst Patientenorientierung	

FELD LEER LASSEN! VOM VERTRAUENSÄRZTLICHEN DIENST DER VERSICHERUNG AUSZUFÜLLEN

Name der Versicherungs		Datum	
Stempel und Unterschrift des vertrauensärztlichen Dienstes des Versicherers		Vorankündigung des vertrauensärztlichen Dienstes des Versicherers	Akzeptiert Abgelehnt
Rücksendung innerhalb von 72 Stunden, ansonsten gilt es als angenommen. Im Falle einer Ablehnung Begründung in einem separaten Schreiben.			

DIAGNOSE (nach Def Reha 4)

Hauptdiagnose		Datum der Erstdiagnose / Operationsdatum	
Ausführliche Diagnosen			
Behandlungsziel			

KOMORBIDITÄTEN

Somatische Komorbiditäten					
Diabetes	Nein Ja	Wenn ja, bitte angeben:	Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2	Fettleibigkeit	Nein Ja
Abhängigkeiten Substanzmissbrauch	Nein Ja	Wenn ja, bitte angeben:			
Therapien / Krankenhausaufenthalte	Nein Ja	Wenn ja, bitte angeben: (Institution, Datum)			
Arbeitsunfähigkeit	Nein Ja	Wenn ja, seit wann :			

AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS

Mobilität	Selbständig	Bettlägerig	Transferhilfe Bett/Stuhl		
	Selbständig im Zimmer	Sturzrisiko	Abhängig		
Körperpflege	Selbständig	Vollständige Toilette	Duschhilfe		
	Mit teilweiser Hilfeleistung	Kompressionsstrümpfe	Ankleiden und Auskleiden		
Hilfsmitteln	Keine	Böckli	Rollstuhl	Belastungs- limiten	
	Krücken	Rollator	Hilfsmittel		
ATL / Bemerkungen					

ATMUNG

O2	Kein Sauerstoffe	Sauerstoff dauerhaft	Entwöhnung		
	Sauerstoffreserve	C-Pap	Sauerstoff zuhause		
Durchfluss- menge	Täglich	Nächtlich	24/24	Menge	l/min
Atmung / Bemerkungen					

ERNÄHRUNG

Ernährung	Normal / per os	Enterale	Parenterale	Schluckstörungen	Essen mit Hilfe		
Gerät	ZVK	NGS	NJ Sonde	PEJ	PEG	Hilfe	Logo
Diät / Bemerkungen							

AUSSCHIEDUNGEN

Stuhlgang	Kontinent	Kolostomie	Material	Selbständig	Stomatherapie
	Inkontinent	Ileostomie		Abhängig	Instruktion
Urin	Kontinent	Inkontinent	Blasensonde	Urostomie	Cystofix
Ausscheidungen / Bemerkungen					

KOGNITION

Desorientierung	Keine	Örtlich	Aufregung	Keine	Täglich
	Zeitlich	Allseits orientiert		Nächtlich	24/24
Nichteinhaltung	Keine	Zu den Behandlungen		Zu den Aktivitäten	
Kognition / Bemerkungen					

ZUGÄNGE UND WUNDEN

Zugang	Keine	PVK	ZVK	Picline / Venflon	Port-a-Cath	Drainagen
Wunden	Keine	Einfach	Komplex	VAC		
Zugänge und Wunden / Bemerkungen						

ZUSÄTZLICHE MASSNAHMEN

Keine	Kontakt-Aerosol	Kontakt-Tröpfchen	Tröpfchen
Aerosol	Kontakt	COVID Kontakt-Tröpfchen	Schutz
Krankheitserreger / Bemerkungen			

BEHANDLUNGEN

Keine	Methadon	Antibiotikatherapien per os	Dialyse
IV Antibiotikatherapien	Insulin / andere	Immunsuppressivum	Dreifachtherapie
Behandlungen / Bemerkungen			

BEHINDERUNG

Behinderung	Keine	Blind	Sehbehindert	Hörgeschädigt	Taub
Behinderung / Bemerkungen					

Weitere Bemerkungen	
---------------------	--