

Ärztliches Einweisungszeugnis

Patient

Anrede Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

Sprache

Aufenthalt

Aufenthaltsart stationäre muskuloskelettale Rehabilitation
 stationäre geriatrische Rehabilitation
 stationäre Erholungskur
 spezialisierte stationäre Schmerztherapie

Gewünschtes Eintrittsdatum

Geplante Aufenthaltsdauer

Zimmerwunsch

Versicherungsstatus

Versicherungstyp Allgemein Halbprivat Privat

Krankenkasse/Unfallversicherung

Name

Versicherungsnummer

AHV-Nummer

Ärztliches Einweisungszeugnis

Zusatzversicherung

Name

Versicherungsnummer

Diagnose

Hauptdiagnose/ICD/O

Nebendiagnosen

Ärztliches Einweisungszeugnis

Kriterien geriatrische Rehabilitation

Hauptkriterien (müssen erfüllt sein)	Alter \geq 75 Jahre 3 oder mehr Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen)
Zusatzkriterien (mindestens drei müssen erfüllt sein)	Allgemeine Gebrechlichkeiten und schwierige Kontextfaktoren Mobilitäts- und Gleichgewichtsstörung Fehl- und Mangelernährung Inkontinenz Psychische Störung Leichte kognitive Einschränkungen Schwere kognitive Einschränkungen Hörstörungen Visuseinschränkung Patient kann nach Rehabilitation wieder in Wohnverhältnisse mit höherer Autonomie zurückkehren

Zuweiser

Name/Praxis/Spital

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Mail (Security-Mail)

Ja

Nein

Unterschrift/Stempel Zuweiser

Datum

Unterschrift Zuweiser

Alle Angaben sind zur Weiterleitung an die Krankenkasse/Kostenträger vorgesehen.