



## Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

## Gewünschtes Eintrittsdatum:

## Diagnose und Funktionsdefizit:

**Operation / Datum:**

**Nebendiagnosen:**

## Rehaziel:

## Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Globalziele

- Erhöhung körperlicher Selbstständigkeit / Belastbarkeit (Ausdauer, Beweglichkeit, Kraft, Koordination)
- Wiedererlangung der Selbstständigkeit / Selbstversorgung im Haushalt / im Alltag
- Wiedereingliederung in den Beruf

## Funktionelle Ziele

- Verbesserung der neurologischen Defizite
- Verbesserung der Mobilisation
- Verbesserung der Gangsicherheit

## Spezialanforderungen

- Prothesenversorgung
- Komplexes Wund-Management
- Dysphagie-Management
- Dialyse

## Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- intensive stationäre Rehabilitationsbedürftigkeit gemäss ICF in den Bereichen Körperfunktion, Aktivität, Partizipation oder Kontextfaktoren
- Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht
- Relevante funktionelle Behinderung

## Grad der Behinderung und zusätzliche Informationen

- Bitte immer das Zusatzblatt Pflegebedürftigkeit ausfüllen.**
- Bitte bei spezieller Medikation aktuelle Medikamentenliste beilegen.**

### Einweisendes Spital/Arzt/Abteilung/Kontaktperson für das Aufnahmeverfahren:

Name/Stempel  
zuweisender Arzt:

Telefon: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Diese Angaben gehen als Kopie mit dem Kostengutsprachengesuch direkt an den Vertrauensarzt des Garanten.

Bitte Anmeldeformular an folgende Mail-Adresse senden:

reha@rehabellikon.ch

Patientenadministration | Rehaklinik Bellikon | 5454 Bellikon

Tel +41 56 485 54 80 | Fax +41 56 485 51 16