

## Zuweisung für stationäre Rehabilitation

### Patientin/Patient

Name:

Vorname:

Geschlecht: bitte auswählen

Zivilstand: bitte auswählen

Geburtsdatum:

Telefon:

Strasse & Nr.:

PLZ, Ort:

Kanton:

### Kontaktperson

Name:

### Hausarzt

Name:

Telefon:

Adresse:

### Kostenträger

Behandlungsgrund:

☐ Unfall

☐ BU

☐ NBU

☐ Krankheit

Unfalldatum:

Schaden-Nr:

Versicherungsklasse:

☐ Allg. ganze Schweiz

☐ Allg. Wohnkanton

☐ Halbprivat

☐ Privat

Garant:

Vers.-Nr:

Garant:

Vers.-Nr:

Garant:

Vers.-Nr:

### Arbeitgeber, bei Unfall

Name:

Adresse:

PLZ, Ort:

aktuelle Berufstätigkeit:

Arbeitsunfähigkeit: ☐ nein ☐ ja, seit wann?

Prozent: %

### Einweisungsgrund

☐ Frührehabilitation

☐ Neurologische Rehabilitation

☐ Muskuloskelettale Rehabilitation

☐ Arbeitsorientierte Rehabilitation

**Patientin/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 Kostengutsprachege such 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