

Zuweiserformular Muskuloskelettale Rehabilitation

Ausgefülltes Formular bitte an:

patientenanmeldung@oberwaid.ch (HIN-secured)

Fax: + 41 71 282 0709

Für Fragen: +41 71 282 0714

Rehabilitation Nachsorge

Allgemein Halbprivat Privat

Anrede Herr Frau

Name

AHV-Nr.

Vorname

KK-Grundversicherung

Adresse

Grundversicherungs-Nr.

PLZ, Ort

KK-Zusatzversicherung

Geburtsdatum

Zusatzversicherungs-Nr.

Telefon

Mobil

Angaben des einweisenden Arztes / Spitals

Arzt / Spital

Name

Hausarzt

Name

Adresse

Adresse

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon

Telefon

Sozialdienst

Kontaktperson

Telefonnummer

Angaben zum Aufenthalt

Behandlungsbeginn gewünscht ab

Operationsdatum

Empfohlene Behandlungsdauer 7 Tage 14 Tage 21 Tage Tage

Einweisungsgrund Krankheit Unfall

Aufenthalt vor Rehabeginn Spital zu Hause

Pflegebett medizinisch notwendig Ja Nein

Medizinische Angaben

Zuweiserdiagnose und Nachbehandlungsvorgaben

Relevante Begleiterkrankungen / Operationen

Medikation inkl. häusliche Medikation

Arbeitsunfähigkeit Ja Nein Seit wann zu Prozent %

Behandlungsziel

- Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Verbesserung der Mobilität
- Verbesserung der Alltagsbewältigung

Begründung der Behandlung

- Intensive stationäre Therapiebedürftigkeit, multimodales Therapiekonzept
- Ambulante Therapie nicht ausreichend aufgrund:
 - Immobilität
 - ungeeignete häusliche Verhältnisse
 - fehlende Pflege- und Therapiemöglichkeiten am Wohnort
- Sicherung des Operationsresultates
- Reduzierter Allgemeinzustand (Schwäche, Alter, Begleiterkrankung)

Grad der Behinderung

- Keine oder minimale (Aufstehen, Ankleiden, Gehen, Essen, Toilette)
- Mobil mit Gehstöcken Rollator Rollstuhl
- Sturzgefahr

Ort und Datum

Ort

Datum

Arztstempel und Unterschrift