



Einweisung zur klinisch- stationären Rehabilitation /Ärztliche Verordnung

an die ärztliche Leitung der Rehabilitationsklinik:	ZSR Nr.	Leistungsaufträge über die kantonale Spitalliste	X
3654 Gunten / Gesundheitszentrum Schönberg	J7298.02	Rehabilitation des Stütz- u. Bewegungsapparates	<input checked="" type="checkbox"/>
6083 Hasliberg / Rehaklinik	M7302.02	Rehabilitation des Stütz- u. Bewegungsapparates/kardiale REHA	<input type="checkbox"/>
3854 Oberried / Reha- und Kurklinik Eden	T7420.02	Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>
3852 Ringgenberg / Reha-Pflegeklinik Eden	T7420.02	Aussenstelle der Reha- und Kurklinik Eden / identischer LA	<input type="checkbox"/>

Name:	Vorname:	Eintrittsklasse: Allg. Abteilung <input type="checkbox"/> 2er Halbprivat <input type="checkbox"/> 1er Privat <input type="checkbox"/>
Adresse:	Geb.Dat:	
PLZ / Ort:	AHV Nr:	
<input type="checkbox"/> KVG / <input type="checkbox"/> UVG grundversichert bei:		
Policen Nr:		Versichertenkarten Nr:
<input type="checkbox"/> 2.Kl. / <input type="checkbox"/> 1.Kl. versichert bei:		Policen Nr:

Fragen an den einweisenden Arzt:

I. Einweisungsgrund Abklärung Rehabilitationspotential

Rehabilitationsbehandlung

A. Funktionsdefizit

B. Operationsdatum

C. Begleiterkrankungen

II. Behandlungsbeginn

III. Behandlungsziel

IV. Arbeitsunfähigkeit Ja / nein: seit wann? %

geplanter Eintritts-/ Übertrittstermin:	verordnete (geplante) Dauer	Tg
Grad der Behinderung	Zusätzliche soziale Indikationen:	
selbständig <input type="checkbox"/>	Lebt alleine / abseits ambulanter med. Versorgung <input type="checkbox"/>	
bedarf geringgradiger Hilfeleistungen für: <input type="checkbox"/>	Wohnung mit baulichen Hindernissen (Treppe, etc) <input type="checkbox"/>	
bedarf intensiver Hilfeleistungen für: <input type="checkbox"/>	Die persönlichen häuslichen Umstände gefährden den Heilungserfolg <input type="checkbox"/>	
(bitte Zutreffendes unterstreichen)	Durch die stationäre Rehabilitation kann der Akutspitalaufenthalt abgekürzt werden <input type="checkbox"/>	
Aufstehen / Ankleiden / Essen / Toilette / Gehen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bettlägerig <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
geht mit Stockhilfe <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RollstuhlpatientIn <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht.

Diese Verordnung geht als Original (möglichst per Fax) direkt an die Reha-Klinik als Leistungserbringer.
 Die Klinik wird diese Verord. zusammen mit einem Gesuch um Kostengutsprache an den VA der K-Vers. weiterleiten.

Ort und Datum: <input type="text"/>	ärztlich verordnet durch: Stempel, Tel-Nr. und Unterschrift des einweisenden Arztes <input type="text"/>
Dieses Formular entstand in Anlehnung an das Formular der Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer-Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte Rehabilitation (ALVR). Formular: 711R (Bitte Formular 711K für Kuraufenthalte und Formular 711AÜP für Akut- und Übergangspflege benützten)	ZSR-Nr.: <input type="text"/> EAN Nr.: <input type="text"/>