

Zuweisung zur stationären Behandlung / Rehabilitation

Allg. Abteilung nur Wohnkanton

Allg. Abteilung ganze CH

Halbprivat

Privat

Name/Vorname _____ PLZ/Ort _____
Strasse _____ AHV-Nummer _____
Tel. Nr. privat _____ Grundversicherung _____
Geburtsdatum _____ Zusatzversicherung _____

Ihre Versicherungskategorien und Aufpreismöglichkeiten

- Privat-Premiumversichert im Einbettzimmer
- Privatversichert im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage)
- Halbprivatversichert im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage)
- Allgemeinversichert Wohnkanton im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage)
- Allgemeinversichert CH/FL im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage)
- Selbstzahler

Fragen an zuweisende/n Ärztin/Arzt bzw. zuweisendes Spital

Zuweisungsgrund: Krankheit Unfall Ereignisdatum: _____

Diagnose/Nebendiagnose:
(Bitte medizinische Berichte beilegen)

Funktionsdefizit:

Datum Operation/Unfall: _____

Begleiterkrankungen:

Nachweis von multiresistenten Erregern innert der letzten 12 Monate? Nein Ja
Falls ja, welche? _____
Falls ja, sind Isolation oder weitere Massnahme notwendig? _____

Voraussichtlicher Behandlungsbeginn: _____

Gewünschte Aufenthaltsdauer: _____

Behandlungsziel

Aufenthalt vor Rehabeginn

Spital

zu Hause

Nimmt der Patient Medikamente ein?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Medikation mitschicken.

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht.

Diese Angaben gehen als Kopie mit dem Kostengutsprachege such
direkt an den Vertrauensarzt der Krankenkasse.

Name zuweisende/r Ärztin/Arzt bzw. Spital _____

Adresse _____

Tel. Nr. _____ Ort, Datum _____

Bitte ergänzende Dokumente (Medikationsliste, Arztberichte etc.) mitschicken.
Vielen Dank.

Kontakt und Information bei Zuweisung

Für Patienten aus CH/FL:

Tel. +41 81 303 37 99

anmeldung.badragaz@kliniken-valens.ch

Für internationale Patienten:

Tel. +41 81 303 38 56

info@clinicragaz.ch

Erhebung des Patientenzustandes

Mobilisation

Bettlägerig bzw. Bettruhe
auf Rollstuhl angewiesen
Mobilisation mit 1 Hilfsperson
Mobilisation mit 2 Hilfspersonen
braucht Hilfe beim Aufsitzen

Gehen

selbstständig
mit Hilfe
mit 1 Hilfsperson
mit Rollator
mit 2 Hilfspersonen
mit Gehstöcken

Transfer

selbstständig
mit 1 Hilfsperson
Vollbelastung
mit 2 Hilfspersonen
Teilbelastung _____ kg

Körperpflege

Körperpflege im Bett durch Hilfsperson
Körperpflege durch Hilfsperson (Lavabo)

Oberkörperpflege

alleine möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson
vollständige Übernahme durch Hilfsperson

Unterkörperpflege

alleine möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson
vollständige Übernahme durch Hilfsperson

Braucht Hilfe beim An- und Auskleiden

Oberkörper
Unterkörper

Duschen

alleine möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson

Ausscheidung/Toilette

selbstständig möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson
auf Bettpfanne / Urinflasche angewiesen
Urin- oder Stuhlinkontinenz _____
Urinableitung/Katheter _____
Nachtstuhl

Nachtstuhl

selbstständig möglich
mit Unterstützung einer Hilfsperson
vollständige Übernahme durch Hilfsperson

Stoma

Stomaversorgung selbstständig möglich;
welche Fähigkeiten: _____
Stomaversorgung durch Pflege: _____

Art des Stomas:

Kolostoma Ileostoma Nephrostoma
Urostoma

Welches Material? _____

Orientierung/Vigilanz

zeitlich, örtlich, situativ und persönlich orientiert
leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
desorientiert, braucht Supervision
(ohne Weglauftendenz)
desorientiert, braucht viel Überwachung
(geringe Weglauftendenz)
stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung
(hohe Weglauftendenz)
Klingelmatte
Sitzwache
1:1 Betreuung (24h)

Atmung

Tracheotomie vorhanden

Laryngostoma Tracheostoma

Kanülengrösse _____

vollständige Pflege durch Hilfsperson

Bei welchen Tätigkeiten wird Unterstützung benötigt?

Inhalation notwendig

Sauerstoffbedarf vorhanden

_____ Liter/Min.

CPAP/BIPAP

Ernährung

Dysphagie / hohe Aspirationsgefahr

IDDSI Stufe: _____

Via Sonde

transnasale Sonde PEG-Sonde PEJ- Sonde

welche Sondennahrung? _____

Sondierung

vollständige Übernahme durch Hilfsperson

selbstständig möglich _____

Ernährung

enterale Ernährung via: ZVK PICC _____

braucht immer Hilfe

Essen wird eingegeben

isst teilweise allein

isst völlig selbstständig

Verständigung

Fremdsprachigkeit _____

keine Verständigung möglich

teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt

mittelschwer beeinträchtigt

genügende Verständigung möglich, sozialer Kontakt

leicht beeinträchtigt

sozialer Kontakt unbeeinträchtigt

Sehbeeinträchtigung

Blindheit

Hörbeeinträchtigung

Gehörlosigkeit

Psyche / Soziale Interaktion

Aufenthalt im Mehrbettzimmer möglich

Adäquates Verhalten und Psyche

depressiv

aggressiv

unruhig

apathisch

unkooperativ

distanzlos

zurückgezogen

dissoziative Anfälle

Zu- und Ableitungen

Infusion _____

PICC _____

ZVK _____

Port à Cath _____

Besonderes

Isolation _____

Dialyse/Peritonealdialyse/Hämodialyse

Drainage; wenn ja, welche _____

Wunde/Dekubitus _____

Spezielle Medikamente _____

Grösse _____ Gewicht _____

Bitte die Dokumente wie Medikationsliste und Arztbericht ergänzend mitsenden. Vielen Dank.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____