

ZUWEISUNG ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG/ REHABILITATION

Allg. Abteilung nur Wohnkanton

Allg. Abteilung ganze CH

Halbprivat

Privat

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Tel. Nr. privat _____ Versicherer _____

Informationen zur Versicherung

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 Arzt/ Ärztin/ Spital

Zuweisungsgrund: Krankheit Unfall Ereignisdatum: _____

Diagnose/ etwaige Nebendiagnose: Funktionsdefizit:

Datum Operation / Unfall: _____

Begleiterkrankungen: _____

Nachweis von multiresistenten Erregern in den letzten 12 Monaten? Ja Nein

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 Medikationsliste 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 Arzt/ Ärztin/ 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:

Daniela Frommelt
Teamleiterin Patientendisposition
Tel. +41 81 303 37 99
anmeldung.badragaz@kliniken-valens.ch

Für internationale Patienten:

Manja Tusche
Leiterin Clinic Administration
Tel. +41 81 303 38 14
info@clinicragaz.ch

ERHEBUNG DES PATIENTENZUSTANDS

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Mobilisation

bettlägerig bzw. Bettruhe
braucht Hilfe beim Aufsitzen/Gehen
selbständig mit Hilfe
mit Rollator mit Rollstuhl
mit AUG

Transfer

selbstständig mit 1 Personen mit 2 Personen

Körperpflege

Ganzwäsche im Bett durchs Hilfsperson
Körperpflege durchs Hilfsperson (Lavabo)
Körperpflege mit geringer Unterstützung
Körperpflege ganz alleine möglich
braucht Hilfe beim An- und Auskleiden

Ausscheidung / Toilette

Urinaireitung / Katheter
Stuhlableitung / Stoma
Welches Material: _____

Kolostoma Nephrostoma Ileostoma

Urin oder Stuhlinkontinenz

Ausscheidung mit Hilfe Topf / Urinflasche

WC-Benützung allein möglich

Orientierung

stark desorientiert, braucht dauernde
Überwachung (hohe Weglauftendenz)
desorientiert, braucht viel Überwachung
(hohe Weglauftendenz)
desorientiert, braucht viel Überwachung
(hohe Weglauftendenz)
desorientiert, braucht Supervision
(ohne Weglauftendenz)
leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
Zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

Bitte legen Sie eine Kopie der aktuellsten
Medikamentenliste bei.

Ernährung

Sonde / Parenterale Ernährung
Welche Ernährung? _____
transnasale Sonde Nephrostoma
einlöffeln / hohe Aspirationsgefahr
isst völlig selbstständig

Verständigung

keine Verständigung möglich
teilweise Verständigung möglich, sozialer
Kontakt schwer beeinträchtigt
teilweise Verständigung möglich, sozialer
Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
genügend Verständigung, aber sozialer
Kontakt leicht beeinträchtigt
sozialer Kontakt unbeeinträchtigt

Psyche

Aggressivität, Euphorie, Depression, Apathie, Unruhe
stark mittelschwer leicht
Stimmungsstabilität
adäquates Verhalten und Psyche

Besonderes

Infusion / PIC / ZVK / Port Wunde / Dekubitus
Tracheostoma Dialyse / Peritonealdialyse
Sauerstoff _____
spezielle Medikamente _____

Grösse _____ Gewicht _____

Bemerkungen

Ort / Datum _____

Unterschrift _____