

## 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 \_\_\_\_\_