

**Spital / Zuweiser:**

 Adresse:  
 PLZ / Ort:  
 Telefon:

**Verantwortliche/r:**

 Telefon:  
 Telefax:  
 E-Mail:

## Einweisung / Kostengutsprache gesuch zur stationären Rehabilitation

**Reha Rheinfelden**  
**Ärztliche Leitung**  
**Salinenstrasse 98**  
**CH-4310 Rheinfelden**  
**Telefon + 41 (0)61 836 51 51**  
**Fax + 41 (0)61 836 50 35**
**Vertrauensärztlicher Dienst der**

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:

Name <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m Vorname Adresse PLZ, Ort	Geburtsdatum Zivilstand Telefon-Nr. Hausarzt
--	---

Kostenträger Nr. 1:	Nr. 2:
Mitgl./Versich. Nr.:	Nr.:

<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Neurorehabilitation*	Zimmerwunsch Allgemein-Abteilung: (nach Möglichkeit)
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Muskuloskeletale Rehabilitation	

<input type="checkbox"/> 2-er Zimmer (mit Zuschlag)	<input type="checkbox"/> 4-er Zimmer (ohne Zuschlag)
---	--

<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat (2er Zi)	<input type="checkbox"/> privat (1er Zi)	<input type="checkbox"/> Klassenwechsel erwünscht von	auf
------------------------------------	--	--	---	-----

Eintritt erwünscht am	<input type="checkbox"/> telefonisch reserviert am	Dauer	Wochen
-----------------------	--	-------	--------

<b>I Einweisungsgrund</b> A) Diagnose  B) Funktionsdefizit  C) Operationsdatum D) Relevante Begleiterkrankungen
---

<b>II Behandlungsbeginn</b> <small>(Spitaleintritt)</small>
---

<b>III Behandlungsziel</b>
----------------------------

<b>IV Arbeitsunfähigkeit</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, seit wann?	wieviel Prozent	%
------------------------------	---	---------------------	-----------------	---

**Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit**

- Intensive Behandlungsbedürftigkeit
- Bewegungsbehinderung
- Neuropsychologische Defizite
- Pflegebedarf
- Abklärungsbedarf
- siehe beiliegenden Bericht
- 
- Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht

**Grad der Behinderung**

- selbstständig
- bedarf geringgradiger Hilfeleistung für Gehen/ Essen /Toilette /Aufstehen /Ankleiden
- geht mit Stockhilfe
- Rollstuhl
- bedarf intensiver Hilfeleistung
- bettlägerig
- behindernde Schmerzen

Für Rückfragen:

Klinik / Abt: Kontaktperson / Tel.: Ort / Datum:	Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes:
--	---

\* Zusatzblatt Pflegeaufwand für den Pflegedienst der Rehainstitution