

Spital / Zuweiser:

 Adresse:
 PLZ / Ort:
 Telefon:

Verantwortliche/r:

 Telefon:
 Telefax:
 E-Mail:

Einweisung / Kostengutsprache gesuch zur stationären Schmerztherapie

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

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"/> Krankheit	Zimmerwunsch Allgemein-Abteilung: (nach Möglichkeit) <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
-----------------------	--

I	Einweisungsgrund	A) Diagnose
---	-------------------------	-------------

B)	Gewünschte Behandlung:	<input type="checkbox"/> Paket 1.1.: Diagnostische Schmerztherapie (z. B. zervikaler/lumbaler Facettenblock) mit direkter stationärer Aufnahme (5 Tage Aufenthalt) <input type="checkbox"/> Paket 1.2.: Diagnostische Schmerztherapie (z. B. zervikaler/lumbaler Facettenblock) mit ambulanter Vorabklärung (4 Tage Aufenthalt) <input type="checkbox"/> Paket 2a: Schmerzanalgesie Monitoring / Einstellung von Schmerzpumpe/Neurostimulator (5 Tage Aufenthalt) <input type="checkbox"/> Paket 2b: Schmerzanalgesie Probeimplantation Schmerzpumpe/Neurostimulator (5 Tage Aufenthalt) <input type="checkbox"/> Paket 3: Postakute Schmerztherapie von überwachungspflichtigen Schmerzpatienten (medikamentös/interventionell)
----	------------------------	--

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

III	Behandlungsziel
-----	------------------------

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

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit <input type="checkbox"/> Intensive Behandlungsbedürftigkeit <input type="checkbox"/> Bewegungsbehinderung <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Defizite <input type="checkbox"/> Pflegebedarf <input type="checkbox"/> Abklärungsbedarf <input type="checkbox"/> siehe beiliegenden Bericht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht	Grad der Behinderung <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> bedarf geringgradiger Hilfeleistung für Gehen/ Essen /Toilette /Aufstehen /Ankleiden <input type="checkbox"/> geht mit Stockhilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bedarf intensiver Hilfeleistung <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> behindernde Schmerzen
--	---

Für Rückfragen:

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

* Zusatzblatt Pflegeaufwand für den Pflegedienst der Rehainstitution