



ÄRZTLICHES EINWEISUNGSZEUGNIS

wichtige Informationen zum Verordnungsformular siehe separates Dokument

Aufenthaltsart

- Stationäre Rehabilitation
(Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht. Die Klinikbedürftigkeit ist aus nachfolgend erwähnten Gründen gegeben)

- Ambulanter Aufenthalt – *(nur eine Verordnungsform möglich)*
 - Kur-/Erholungs-Aufenthalt
 - Badekur-Aufenthalt
 - AÜP – *(Akut- und Übergangspflege)*
 - MWST-befreiten Aufenthalt – *(Selbstzahler, keine Verordnung z.Hd. der Krankenkasse oder Versicherung)*

Einweisungsgrund

- Krankheit Unfall

Adresse Betrieb – *(Rehaklinik / Kurhaus / zugelassenes Heilbad / Betrieb mit AÜP)*

Name

Ort

Patient

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

- weiblich männlich

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon privat

Telefon mobile

AHV Nummer

Muttersprache

ZSR

Nächste Angehörige

Name / Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Verwandtschaftsgrad

Telefon privat

Telefon mobile

Bei Unfall Arbeitgeber

Name

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Aufenthalt

Gewünschtes Eintrittsdatum

Dauer Aufenthalt (Datum oder Anzahl Tage)

Kranken- oder Unfallversicherer

Name

Versicherungsnummer

Zusatz-(Privat-) Versicherung

Name

Versicherungsnummer

Versicherungsart

- Allg. Abteilung nur Wohnkanton Allg. Abteilung ganze CH
 Halbprivat Privat

Mehr-/Zweibettzimmer bei stationärer Rehabilitation:

Wenn allgemein versicherte Patienten auf eigenen Wunsch eine andere Zimmerkategorie beanspruchen wollen, gehen Zusatzkosten zulasten des Patienten.

Einweisender Spitalarzt

Name / Vorname

Spital

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Sozialdienst im Spital

Kontaktperson

Telefon / Fax

E-Mail

| |
|--|
| |
| |
| |

Hausarzt – (Wenn nicht identisch mit Zuweiser)

Name / Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Facharzt – (Wenn nicht identisch mit Zuweiser)

Name / Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Diagnose / Funktionsdefizite:

Operations- / Unfalldatum:

Begleiterkrankung:

Bisherige Therapie(n):

Behandlungsziel:

Medikation:

Begründung der Behandlung:

Zusätzliche sozialmedizinische Gründe:

Zusätzliche Abklärungs-Fragebogen (z.B. zu Pflege und Betreuungsbedürftigkeit) werden teilweise von den Betrieben zusätzlich verlangt

Alle Angaben sind zur Weiterleitung an die Krankenversicherer / Kostenträger vorgesehen.

Unterschrift / Stempel des einweisenden Arztes

| | |
|---------------|----------|
| Datum: | Stempel: |
| | |
| Unterschrift: | |