

Einweisungs- und Kostengutsprachegesuch für eine stationäre Rehabilitation

☐ Muskuloskelettal☐ Innere Medizin☐ Onkologie

1. Patientendaten Patientenetikette hier aufkleben

Name Vorname ☐ W ☐ M
Beruf Zivilstand Geburtsdatum
Adresse PLZ/Ort
E-mail Tel.
Hausarzt AHV Nr.
Grundversicherung Versichertennummer
Zusatzversicherung Versichertennummer

Versicherungsklasse ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Anderes

Versicherungsstufen ☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat

2. Fragen an den behandelnden Arzt

A. Eintrittsdatum Rehabilitation Dauer des Aufenthalts
Zweck der Rehabilitation
Behandlungsziele
B. Diagnose
C. Art der Operation Datum des Eingriffs
D. Komorbiditäten

☐ Chronische Rückenschmerzen ☐ Kognitive Schwierigkeiten ☐ Lungenbeschwerden ☐ Herzinsuffizienz
☐ Polyarthrose ☐ Arterielle Erkrankung ☐ Parkinson-Krankheit ☐ Arterielle Hypertonie
☐ Fibromyalgie ☐ Diabetes Typ 2 ☐ Frühere chirurgische Eingriffe
☐ Beugung < 90°/
starke Streckdefizite ☐ Arthritis ☐ Sonstiges

Transport: ☐ Privat ☐ Organisation durch die Leukerbad Clinic (nur in Sitzposition)

Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes Bitte Rückseite ausfüllen

Datum Unterschrift

Beilage zum Kostengutsprachege such bei stationärer Behandlung

Validierung der Aufnahmekriterien

Name

Vorname

3. Aufnahmekriterien der DefReha® – Spezifische Bereiche und Definitionen H+

- ☐ Postoperative Folge → ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Schulter ☐ Rücken ☐ Onkologie ☐ Andere
- ☐ Folgemassnahmen onkologischer Behandlungen – abgeschlossene Behandlungen → ☐ Pause zwischen zwei Behandlungen
- ☐ Schmerz: Therapien nicht stabilisiert ☐ Störungen der Wundheilung
- ☐ Aufwändige Eingriffe (Dekompression und Stabilisierung) ☐ Funktionelle Defizite
- ☐ Schwere peri-/postoperative Komplikationen (Luxation, Fraktur, Embolie, Fraktur des Trochanterbereichs) ☐ Ziele der Therapien ambulant nicht erreichbar

Situation / Wohnsituation

- ☐ Lebt alleine ☐ Abgelegener Wohnort (öffentlicher Verkehr nur schwer zu erreichen)
- ☐ Pflege zu Hause nicht möglich ☐ Ungünstige Wohnsituation (mehrere Stockwerke, kein Lift)
- ☐ Entzündliche Erkrankung oder Stoffwechselstörung ☐ Alter +++ (70 Jahre und mehr)
- ☐ Angeborene oder erworbene Fehlbildung des Bewegungsapparats ☐ Degenerative Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems
- ☐ Patient, der physisch und psychisch in der Lage ist, sich ausreichend zu bemühen, um an einem gezielten multidisziplinären Therapieprogramm teilzunehmen ☐ Verletzung des Bewegungsapparats
- ☐ Risiko des Übergangs zu Chronizität/Invalidität
- ☐ Sturzgefahr/Gleichgewichtsstörung

4. – ADL

	Selbständig	Teilweise Hilfe	Vollständige Hilfe
Toilette	☐	☐	☐
Ankleiden	☐	☐	☐
Fortbewegung	☐	☐	☐
↳ Präzisieren	☐ Gehstöcke	☐ Rollstuhl	☐ Tintebin ☐ Elektronischer Rollstuhl

Weitere Präzisierung ADL

- Ausscheidung** ☐ Harnleiterableitung ☐ Suprapubischer Katheter ☐ Blasenkatheter ☐ Stuhl-/Urinkontienz
- Ernährung** Parenterale Ernährung → typ
Enterale Ernährung → typ
Bestimmte Diät → typ
- Atmung** ☐ Normal ☐ CPAP ☐ BPAP ☐ O2 - l/min
- Orientierung** ☐ Gut ☐ Eingeschränkte Orientierung ☐ Desorientierung
- Hautzustand** ☐ Wunde mit Protokoll ☐ Andere

5. – Medikamente Bitte den Behandlungsplan beifügen

Wir bitten Sie, uns die folgenden Dokumente spätestens am Tag vor der Aufnahme zuzusenden:

- Medizinischer Transferbericht bei Entlassung oder vorläufiger Austrittsbericht
- Sozialmedizinischer Transferbericht, Bildgebung, letztes Labor, EKG - falls vorhanden
- Operationsbericht