

Zuweiserformular
zur stationären psychosomatischen Rehabilitation

Ausgefülltes Formular bitte an: **patientenanmeldung@oberwaid.ch**

Fax: +41 71 282 0719

Allg. Abteilung nur Wohnkanton Allg. Abteilung ganze Schweiz Hausarztmodell Halbprivat Privat

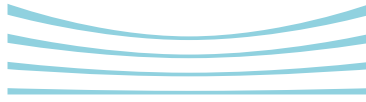
Anrede: Herr Frau

Name:	.....	AHV-Nr.:	.....
Vorname:	.....	KK Grund Versicherung:	.....
Adresse:	.....	Grund Versicherungs-Nr.:	.....
PLZ, Ort:	.....	KK Zusatz Versicherung:	.....
Geburtsdatum:	.....	Zusatz Versicherungs-Nr.:	.....
Telefon:	.....	
Mobil:	.....	

Angaben des einweisenden Arztes / Spitals

Arzt / Spital:		Sozialdienst:	
Name:	.....	Kontaktperson:	.....
Adresse:	.....	Telefon:	.....
PLZ, Ort:	.....	Fax:	.....
Telefon:	.....	
EAN-Nr.:	.....	
ZSR:	.....	

Hausarzt:		Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)
Name:	.....
Adresse:	.....
PLZ, Ort:	.....
Telefon:	.....
EAN-Nr.:	.....
ZSR:	.....



OBERWAID
KURHOTEL & PRIVATKLINIK

Einweisungsgrund: Krankheit Unfall
Aufenthalt vor Rehabeginn: Spital zu Hause
Arbeitsunfähigkeit: nein ja seit wann: wieviel Prozent:

Medizinische Angaben

Diagnose(n) / Defizit:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Behandlungsbeginn gewünscht ab:

Behandlungsziel:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



OBERWAID
KURHOTEL & PRIVATKLINIK

Begleiterkrankung(en):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Krankheitsentwicklung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Medikation:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit:

- Intensive stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationsbedürftigkeit
- Relevante psycho-soziale Funktionseinschränkung
- Stationäre Abklärungsbedürftigkeit
- Förderung der Reintegrationsfähigkeit

- Zusätzliche Begleiterkrankungen
siehe beiliegende Berichte
- Ambulante Behandlung nicht möglich
oder nicht ausreichend