

Zuweiserformular Kardiologie

Rehabilitation

Nachsorge

Ausgefülltes Formular bitte an:
oberwaid@hin.ch
Fax: +41 (0)71 282 0719

Allgemein
Superior Zimmer

Halbprivat
Deluxe Zimmer

Privat
Junior Suite

Pflegebett

Anrede: Herr Frau

Name:	.....	AHV-Nr.:	.....
Vorname:	.....	KK-Grundversicherung:	.....
Adresse:	.....	Grundversicherungs-Nr.:	.....
PLZ, Ort:	.....	KK-Zusatzversicherung:	.....
Geburtsdatum:	.....	Zusatzversicherungs-Nr.:	.....
Telefon:	.....	
Mobil:	.....	

Angaben des einweisenden Arztes / Spitals

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

Hausarzt:

Name:

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon:

EAN-Nr.

ZSR:

Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift):

Angaben zum Aufenthalt

Behandlungsbeginn gewünscht ab: Operationsdatum:

Empfohlene Behandlungsdauer 7 Tage 14 Tage 21 Tage für Tage

Einweisungsgrund: Krankheit Unfall

Aufenthalt vor Rehabeginn: Spital Zu Hause

Medizinische Angaben

Zuweiserdiagnose und Nachbehandlungsvorgaben

.....

Relevante Begleiterkrankungen / Operationen:

.....

Medikation inkl. häusliche Medikation

.....

Arbeitsunfähigkeit zu %, seit

Wir bitten um zusenden der aktuellen Laborwerte.

Behandlungsziel	Wiederherstellung der Arbeitstätigkeit/Arbeitsfähigkeit Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit Stabilisierung der Herzinsuffizienz Risikominderung für Folgeereignisse Steigerung der Eigenverantwortung durch Selbstkontrolle Hinausschieben einer Herztransplantation Psychophysische Stabilisierung
Begründung der Behandlung	Intensive stationäre Therapiebedürftigkeit, multimodales Therapiekonzept Ambulante Therapie nicht ausreichend aufgrund: Immobilität ungeeignete häusliche Verhältnisse fehlende Pflege- und Therapiemöglichkeiten am Wohnort Sicherung des Operationsresultates Reduzierter Allgemeinzustand (Schwäche, Alter, Begleiterkrankung)
Grad der Behinderung	Keine oder minimale, (Aufstehen, Ankleiden, Gehen, Essen, Toilette) Mobil mit Gehstöcken Mobil mit Rollator Mobil mit Rollstuhl Sturzgefahr