



# OBERWAID

DAS HOTEL. DIE KLINIK.

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

## 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



# OBERWAID

DAS HOTEL. DIE KLINIK.

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