



OBERWAID

DAS HOTEL. DIE KLINIK.

Zuweiserformular Orthopädie

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
	Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
	Verbesserung der Mobilität
	Verbesserung der Alltagsbewältigung

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
----------------------	--