



OBERWAID

DAS HOTEL. DIE KLINIK.

Zuweiserformular Psychosomatische Rehabilitation

Ausgefülltes Formular bitte an:

oberwaid@hin.ch

Fax: +41 (0)71 282 0719

Allgemein
Superior Zimmer

Halbprivat
Deluxe Zimmer

Privat
Junior Suite

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:



OBERWAID

DAS HOTEL. DIE KLINIK.

Medizinische Angaben

Einweisungsgrund: Krankheit Unfall
Aufenthalt vor Rehabeginn: Spital Zu Hause
Arbeitsunfähigkeit: Nein Ja Seit wann: Wie viel Prozent:

Behandlungsbeginn gewünscht ab: Aufenthaltsdauer:

Diagnose(n) / Defizit:
.....
.....
.....
.....
.....

Begleiterkrankung(en):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Krankheitsentwicklung:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Medikation
.....
.....
.....
.....



OBERWAID

DAS HOTEL. DIE KLINIK.

Besonderheiten bei Übertritt in Reha-Klinik

i.v. Antibiose	Infusion	parenterale Ernährung
Rehabilitationsziele:	psycho-physische Stabilisierung Behandlung der depressiven und Angstsymptomatik Besserung der körperlichen Beschwerden Reintegration in das soziale Umfeld berufliche Reintegration Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit		
Begründung der Spitalbedürftigkeit:	Abklärungsbedarf: Bewegungsbehinderung intensive Behandlungsbedürftigkeit ambulante Behandlung nicht möglich / nicht ausreichend andere:		
Grad der Behinderung:	selbständig geht mit Stockhilfe benötigt Rollstuhl Bedarf intensiver Hilfeleistung bedarf Hilfeleistung für Tagesstrukturierung / Essensbegleitung / allgemeine Aktivierung andere:		
Entlassung nach Rehabilitation:	nach Hause mit Spitex nach Hause selbständig andere:		
Soziale Situation:	lebt alleine diysfunktionale soziale Lebens- und Wohnverhältnisse abgelegener Wohnort / ambulante Therapie schwer erreichbar		
Arbeitsunfähigkeit:	ja seit wann? Wieviel Prozent? nein		

Ort und Datum

Arztstempel und Unterschrift

.....

.....