

Ärztliches Einweisungszeugnis

Aufenthaltsart

☐ Rehabilitation ☐ Kur

Angaben zur Patientin/zum Patienten

☐ W ☐ M

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

AHV-Nummer

Adresse

Telefon

E-Mail

Angaben zum Kostenträger

☐ Unfall ☐ Krankheit

Grundversicherung

☐ OKP

☐ Ganze CH

Zusatzversicherung

☐ HP

☐ P

Eintrittsdatum

Dauer:

Medizinische Angaben

Hauptdiagnose

Relevante Nebendiagnosen

Reha-Ziel und Rehapotential

Wesentliche Einschränkungen

☐ Selbstständig ☐ Teilweise selbstständig ☐ Nur mit Hilfe ☐ Rollstuhl

☐ Wohnen

☐ Arbeiten

☐ Drohende Invalidisierung

☐ Arbeiten

☐ Chronifizierungsgefahr

☐ Sozialbereich

☐ Ambulante Behandlung nicht möglich oder ausgeschöpft



Pflegebedarf

(Bei hohem Pflegebedarf bitte einen aktuellen Pflegerapport beilegen)

Fortbewegung	☐ Frei	☐ An Stöcken	☐ Rollator	☐ Rollstuhl
Transfer	☐ Selbstständig	☐ Mit Unterstützung	☐ Nur mit Hilfe	
Essen	☐ Selbstständig	☐ Teilweise selbstständig	☐ Nur mit Hilfe	☐ Rollstuhl
Kostform	☐ Normal	☐ Diät	☐ Sondennahrung	☐ Allergien
Körperpflege	☐ Selbstständig	☐ Teilweise selbstständig	☐ Nur mit Hilfe	☐ Rollstuhl
Ausscheidung	☐ Selbstständig	☐ Teilweise selbstständig	☐ Nur mit Hilfe	☐ Rollstuhl
Ankleiden	☐ Selbstständig	☐ Teilweise selbstständig	☐ Nur mit Hilfe	☐ Rollstuhl
Kognition	☐ Orientiert	☐ Leichte Einschränkung	☐ Mittelschwere Einschränkung	
Besonderes	☐ P.I.C.C	☐ ZVK	☐ Port-à-cath	☐ PEG
	☐ VAC-Verband	☐ Sauerstoff	☐ Tracheostoma	☐ Isolation
	☐ MRSA	☐ ESBL	☐ Dialysepflichtig	

Kontaktperson und Telefon-Nr. für Rückfragen

Ort, Datum und Unterschrift der zuweisenden Stelle