

Zuweisung zur stationären Behandlung/Rehabilitation

Allg. Abteilung nur Wohnkanton Allg. Abteilung ganze CH Halbprivat Privat

Name _____ Geburtsdatum _____
 Vorname _____ Telefon Privat _____
 Strasse _____ Versicherer _____
 PLZ / Ort _____

Informationen zur Versicherung

Versicherungsstatus

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Privat-Premiumversichert im Einbettzimmer | <input type="checkbox"/> Allgemeinversichert Wohnkanton im Einbettzimmer |
| <input type="checkbox"/> Privatversichert im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage) | gegen Aufpreis (auf Anfrage) |
| <input type="checkbox"/> Halbprivatversichert im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage) | <input type="checkbox"/> Allgemeinversichert CH/FL im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage) |
| | <input type="checkbox"/> Selbstzahler |

Fragen an zuweisende/n Arzt/Ärztin/Spital

1. Zuweisungsgrund Krankheit Unfall Ereignisdatum _____

a) Diagnose/etwaige Nebendiagnose

Funktionsdefizit

(Bitte medizinische Berichte beilegen)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

b) Operations- / Unfalldatum _____

c) Begleiterkrankungen

d) Nachweis von multiresistenten Erregern innert der letzten 12 Monate? Nein Ja

Falls ja, welche? _____

Falls ja: Aktuell Isolation erforderlich? Welche Massnahmen? _____

2. Voraussichtlicher Behandlungsbeginn _____

3. Gewünschte Aufenthaltsdauer _____

4. Behandlungsziel _____

5. Aufenthalt vor Rehabeginn Spital zu Hause

6. Medikamente? Nein Ja (Wenn ja, bitte Medikationsliste mitschicken.)

**Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht.
Diese Angaben gehen als Kopie mit dem Kostengutsprachege such
direkt an den Vertrauensarzt der Krankenkasse.**

**Bitte Dokumente (Medikationsliste,
Arztberichte, ...) ergänzend mitschicken.
Danke.**

Kontakt und Information bei Zuweisung von Patienten aus CH/FL:

Andrea Hohmeister

Teamleiterin Patientendisposition

Tel. +41 81 303 11 20

anmeldung.badragaz@kliniken-valens.ch

Kontakt und Information bei Zuweisung von internationalen Patienten:

Manja Tusche

Leiterin Clinic Administration

Tel. +41 81 303 38 14

info@clinicragaz.ch

Name zuweisende/r Arzt/Ärztin/Spital _____

Adresse _____

Tel. Nr. _____ Ort, Datum _____

Erhebung des Patientenzustandes

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Mobilisation

- bettlägrig bzw. Bettruhe
- braucht Hilfe beim Aufsitzen/Gehen
- selbstständig mit Hilfe
- mit Rollator mit AUG mit Rollstuhl
- Transfer selbstständig
- mit 1 Person mit 2 Personen

Körperpflege

- Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson
- Körperpflege durch Hilfsperson (Lavabo)
- Körperpflege mit geringer Unterstützung
- Körperpflege ganz alleine möglich
- braucht Hilfe beim An- und Auskleiden

Ausscheidung / Toilette

- Urinableitung / Katheter
- Stuhlableitung / Stoma
- Welches Material? _____
- Kolostoma Nephrostoma Ileostoma
- Urin- oder Stuhlinkontinenz
- Ausscheidung mit Hilfe Topf / Urinflasche
- Nachtstuhl / WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung allein möglich

Orientierung

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung (hohe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht Supervision (ohne Weglauftendenz)
- leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

Soziale Interaktion

- unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen
 - sehr häufig öfters zeitweise selten
- normale soziale Interaktion

Ernährung

- Sonde / Parenterale Ernährung
- Welche Ernährung? _____
- transnasale Sonde PEG-Sonde
- einlöffeln / hohe Aspirationsgefahr
- isst teilweise allein / braucht immer Hilfe
- isst völlig selbstständig

Verständigung

- keine Verständigung möglich
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt
- sozialer Kontakt unbeeinträchtigt

Psyche

- Aggressivität, Euphorie, Depression, Apathie, Unruhe
 - stark mittelschwer leicht
- Stimmungslabilität
- adäquates Verhalten und Psyche

Besonderes

- Infusion / PIC / ZVK / Port Wunde / Dekubitus
- Tracheostoma Dialyse / Peritonealdialyse
- Sauerstoff _____
- spezielle Medikamente _____

Grösse _____ Gewicht _____

Bitte legen Sie eine Kopie der aktuellsten
Medikamentenliste bei. Danke.

Bemerkungen

Ort / Datum _____

Unterschrift _____