



Clinic Bad Ragaz
Kundenbetreuung
7310 Bad Ragaz

EINWEISUNG

ZUR KLINISCH-STATIONÄREN BEHANDLUNG/REHABILITATION

Name/Vorname: Geburtsdatum:
Adresse: PLZ/Ort:
Telefon privat: Telefon mobil:

VERSICHERUNGSSTATUS

☐ Allgemein ☐ Halbprivat (Zweibettzimmer) ☐ Privat (Einbettzimmer) ☐ Selbstzahler

FRAGEN AN DEN EINWEISENDEN ARZT/AN DAS EINWEISENDE SPITAL

1. Einweisungsgrund: ☐ Krankheit ☐ Unfall

a) Diagnose/Funktionsdefizit:

b) Operations-/Unfalldatum:

c) Begleiterkrankungen:

2. Behandlungsbeginn:

3. Behandlungsziel:

4. Aufenthalt vor Rehabeginn: ☐ Spital ☐ Zu Hause

5. Arbeitsunfähigkeit: ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, seit wann? Zu wie viel %?

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

Name des einweisenden Arztes:

Adresse:

Telefon: Ort/Datum:

Fax:





ANGABEN FÜR DEN KLINIKEINTRITT

Das Formular bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden an:

Clinic Bad Ragaz, Kundenbetreuung, 7310 Bad Ragaz
Telefon +41 (0)81 303 38 38 Fax +41 (0)81 303 38 39
medizin@resortragaz.ch www.reha-badragaz.ch

PATIENT

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname:		Bürgerort/Nationalität:	
Strasse:		Geschlecht:	
Ort:		Zivilstand:	
Kanton/Land:		Muttersprache:	
Telefon privat:		Beruf:	
Telefon mobil:		AHV-Nummer:	

ARBEITGEBER

Name:	
Strasse:	
Ort:	
Telefon:	

NÄCHSTE ANGEHÖRIGE

Name/Vorname:	
Strasse:	
PLZ/Ort:	
Verwandtschaftsgrad:	
Telefon:	

Cliniceintritt möglich ☐ Jederzeit ☐ Ab Datum:
Eintritte sind nur Montag bis Freitag möglich

KRANKENKASSE/UNFALLVERSICHERUNG

Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Versicherungsnummer:	

ZUSATZVERSICHERUNG

Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Versicherungsnummer:	

HAUSARZT

Name:	
Adresse:	
Telefon:	

EINWEISENDER ARZT

Name:	
Adresse:	
Telefon:	

KOSTENGUTSPRACHE

Kostengutsprache wurde bereits eingeholt: ☐ Nein ☐ Ja Falls ja, wann?
Definitive Bettenreservation erst möglich sobald Kostengutsprache in Ordnung ist.





ERHEBUNG DES PATIENTENZUSTANDES

Mobilität	Fähigkeit, sich zu bewegen	☐ Bettlägerig bzw. Bettruhe ☐ Hilfe beim Aufsitzen/Gehen		☐ Geht alleine, aber wenig ☐ Geht regelmässig		
	Fähigkeit, Nahrung/Flüssigkeit aufzunehmen	☐ Unselbstständig ☐ Umfangreiche Unterstützung		☐ Geringe Unterstützung ☐ Selbstständig		
Ernährung	Kostform	☐ Normal ☐ Sonderkost		☐ Diät, welche: ☐ Sonstiges:		
	Fähigkeit, die Urinausscheidung durchzuführen	☐ Unselbstständig ☐ Umfangreiche Unterstützung		☐ Geringe Unterstützung ☐ Selbstständig		
Ausscheidungen	Fähigkeit, die Stuhlausscheidung durchzuführen	☐ Unselbstständig ☐ Umfangreiche Unterstützung		☐ Geringe Unterstützung ☐ Selbstständig		
	Fähigkeit, die Körperpflege durchzuführen	☐ Unselbstständig ☐ Umfangreiche Unterstützung		☐ Geringe Unterstützung ☐ Selbstständig		
Körperpflege	Fähigkeit, sich an- und auszuziehen	☐ Unselbstständig ☐ Umfangreiche Unterstützung		☐ Geringe Unterstützung ☐ Selbstständig		
	Fähigkeit, Kenntnisse zu erwerben	☐ Nicht in der Lage ☐ Umfangreiche Unterstützung		☐ Geringe Unterstützung ☐ Ist in der Lage		
Kognition	Bewusstsein	☐ Komatös	☐ Somnolent	☐ Wach	☐ Agitiert	
	Gedächtnis	☐ Desorientiert	☐ Gelegentlich desorientiert		☐ Orientiert	
Zu-/Ableitungssysteme		Art		Seit	VW	s/s
	☐ Zentrale Leitung, Port-à-Cath					☐
	☐ Venöse Zugänge					☐
	☐ Drainage					☐
	☐ Ernährungs-/Magensonde					☐
	☐ Urinableitungssystem					☐
	☐ Stuhlableitungssystem					☐
	☐ Tracheostoma	Kanülenname/Grösse				☐
	☐ andere					☐
Haut	Dekubitus	☐ Nein ☐ Ja Lokalisation/Grad: ☐ Wunddokumentation				
	Hautveränderungen/Wunden	☐ Nein ☐ Ja Lokalisation/Art:				
Unterstützende Dienste		☐ Sozialberatung		☐ Ernährungsberatung		
Mitgebrachte Hilfsmittel		☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Zahnprothese		☐ Gehhilfe ☐ Rollstuhl		
Spezielle Medikamente/Infusionen		☐ Zytostatika ☐ Tysabri® ☐ Andere		☐ HIV-Medikamente ☐ Biologika		
Besonderheiten		☐ Dialyse		☐ Andere		

Ort/Datum: Unterschrift: _____

