



Anmeldung für klinisch-stationäre Aufnahme zur Rehabilitation

Name / Vorname _____ Geb.-Datum _____

Adresse _____

Tel. P _____ Tel. Mobil _____ E-Mail _____

Nationalität _____ Geschlecht männlich weiblich

Krankenkasse (Grundversicherung) _____

Zusatzversicherung _____

AHV-Nr. _____

Versicherungsklasse Allgemein Allgemein ganze Schweiz Halbprivat Privat

Abteilung (bitte nur **eine** Hauptindikation ankreuzen)

Kardiologie Pneumologie Dermatologie
 Psychosomatik Pädiatrie Sonstiges _____

Aufnahmediagnose _____ ICD10 _____

gewünschtes Eintrittsdatum _____ geplante Aufenthaltsdauer _____

Nebendiagnosen _____

Behandlungsziel _____

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- Rehabilitationsbedürftigkeit
 ambulante Behandlung nicht ausreichend

(Elektronische) Unterschrift / E-Mail / Stempel einweisende/r Ärztin/Arzt

Grad der Behinderung

- selbstständig
 bedarf geringer Hilfeleistung
 geht mit Stockhilfe
 rollstuhlgebunden
 bedarf intensiver Hilfeleistung
 bettlägerig

Beilagen

- Arztbericht Pflegebericht

**Bitte füllen sie dieses Formular vollständig aus, damit eine rasche Bearbeitung gewährleistet werden kann.
Leiten Sie es bitte **unbedingt zusammen mit Ihrem Arztbericht** an die Hochgebirgsklinik Davos weiter.**

Hochgebirgsklinik Davos, Patientenaufnahme, Herman-Burchard-Str. 1, 7265 Davos Wolfgang,
Telefon +41 81 417 19 00, E-Mail patient@hgk.ch (HIN)