



Zuweisung zur stationären kardiovaskulären Rehabilitation

Angabe zur Patientin / zum Patienten			
Name	_____	Vorname	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ / Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Zivilstand	_____
Telefon / Handy	_____	Neue AHV Nr.	_____
Krankenkasse allgemein	_____	Versicherungs-Nummer	_____
Krankenkasse privat	_____	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat
Eintrittsdatum	_____	Eintrittsart	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Aufenthaltsdauer	_____ Tage		
Angaben zur Erkrankung			
Diagnosen	_____		
Begleiterkrankungen	_____		
(Datum der OP)	_____		
Behandlungsziele	_____		
Kardiologie: EF	_____ %	Spezialkost /Diät	_____
Arbeitsunfähigkeit	_____ %	seit	_____
Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit		Grad der Selbstständigkeit	
<input type="checkbox"/> Verlegung zur stationären Weiterbehandlung (z.B. nach OP) <input type="checkbox"/> Erhebliches Rehapotential: Wiedererlangen der Funktionsfähigkeit im Alltag und / oder der Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht / die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft		<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Bedarf Hilfeleistungen die den alltäglichen Verrichtungen (ADL) <input type="checkbox"/> Gehhilfe / Rollstuhlpatient <input type="checkbox"/> Bedarf intensiver Hilfe, Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/> Desorientiert	
		Freie Gehstrecke _____ Meter	
Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt			
Titel, Name	_____	Institution (Stempel)	
Telefonnummer	_____		
Ort, Datum	_____	Unterschrift	_____