

PATIENTENANMELDUNG

REHAfit stationär



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: sozialdienst@spital-schwyz.ch

→ Bitte mit provisorischem Arztbericht / Pflegebericht

Personalien

Name (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	Vorname <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile	T Geschäft
Heimatort	Nationalität	
Zivilstand	Konfession	
Angehörige/r	Gesetzliche Vertretung	
Versicherten-Nummer	Nationalität	
Arbeitgeber	Beruf	
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit	

Krankenversicherung/Unfallversicherung inkl. Mitglieder-Nummer

Grund-/Zusatz-/Unfallversicherer	<input type="checkbox"/> allgemein versichert	<input type="checkbox"/> Upgrade ¹ Privat
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> halbprivat versichert	<input type="checkbox"/> Upgrade ¹ Halbprivat
<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> privat versichert	¹ Voraussetzung: Kaufvereinbarung Upgrade
Kostengutsprache eingeholt	Krankenkasse/UVG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kantonsarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Einweisung

<input type="checkbox"/> rheumatologisch / orthopädische Rehabilitation
<input type="checkbox"/> postoperative / internistische Rehabilitation
Provisorisches Eintrittsdatum (definitives wird bestätigt)
geplante Aufenthaltsdauer

Einweisungsdiagnosen

Nebendiagnosen

Behandlungsziel

Defizite

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- intensive stationäre Behandlung/Rehabilitation
- stationäre Abklärungsbedürftigkeit
- Abklärung Rehabilitationspotential
- Funktionsdefizit
- zusätzliche Begleiterkrankungen
- eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht

Grad der Behinderung

- selbständig
- bedarf geringer Hilfeleistung
- geht mit Stockhilfe
- rollstuhlgebunden
- bedarf intensiver Hilfeleistung
- bettlägrig

Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel