

Ärztliches Einweisungszeugnis

Aufenthaltsart Rehabilitation Kur

Angaben zur Patientin/zum Patienten W M

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Soz.-Versicherungs-Nr:	756.
Adresse		PLZ und Ort	
Telefon		E-Mail	

Angaben zum Kostenträger Unfall Krankheit

Grundversicherung		<input type="checkbox"/> OKP <input type="checkbox"/> Ganze CH
Zusatzversicherung		<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P
Eintrittsdatum		Dauer:

Medizinische Angaben

Hauptdiagnose		
	Operation:	OP-Datum:
Relevante Nebendiagnosen		
Reha-Ziel und Rehapotential		
Wesentliche Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Wohnen <input type="checkbox"/> Arbeiten <input type="checkbox"/> Aktivitäten <input type="checkbox"/> Sozialbereich	<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung nicht möglich oder ausgeschöpft <input type="checkbox"/> Drohende Invalidisierung <input type="checkbox"/> Chronifizierungsgefahr

Pflegebedarf (Bei hohem Pflegebedarf bitte einen aktuellen Pflegerapport beilegen)

Fortbewegung	<input type="checkbox"/> Frei	<input type="checkbox"/> An Stöcken	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
Transfer	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe	
Essen	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Teilweise selbstständig	<input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe	
Kostform	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Sondennahrung	<input type="checkbox"/> Allergien	
Körperpflege	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Teilweise selbstständig	<input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe	
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Teilweise selbstständig	<input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe	
Ankleiden	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Teilweise selbstständig	<input type="checkbox"/> Nur mit Hilfe	
Kognition	<input type="checkbox"/> Orientiert	<input type="checkbox"/> Teilweise desorientiert	<input type="checkbox"/> Desorientiert	
Besonderes	<input type="checkbox"/> i/v-Antibiose	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Port-à-cath	<input type="checkbox"/> PEG
	<input type="checkbox"/> VAC-Verband	<input type="checkbox"/> Sauerstoff	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	
	<input type="checkbox"/> Isolation	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> ESBL	<input type="checkbox"/> Dialysepflichtig

Kontaktperson und Telefon-Nr. für Rückfragen _____

Ort, Datum und Unterschrift der zuweisenden Stelle _____