



ÄRZTLICHES EINWEISUNGSZEUGNIS

wichtige Informationen zum Verordnungsformular siehe separates Dokument

Aufenthaltsart

- Stationäre Rehabilitation
(Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht. Die Klinikbedürftigkeit ist aus nachfolgend erwähnten Gründen gegeben)
- Ambulanter Aufenthalt – (nur eine Verordnungsform möglich)
- Kur-/Erholung Badekur
- AÜP (Akut- u. Übergangspflege): Seite 4 ergänzend ausfüllen

Einweisungsgrund

gewünschtes Eintrittsdatum

Krankheit Unfall

Datum: _____ für _____ Tage

Adresse Betrieb – (Rehaklinik / Kurhaus / zugelassenes Heilbad / Betrieb mit AÜP)

Name

Ort

ZSR

Patient

weiblich männlich

Name / Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon privat

Telefon mobile

AHV Nummer

Muttersprache

Vertrauensperson

Name / Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon privat

Telefon mobile

Angaben zur Versicherung

Grundversicherung

Versicherungsnummer

--	--

Privat-/Zusatzversicherung

Versicherungsnummer

--	--

Versicherungsart	Klasse	Zusatz ganze Schweiz	Patient kommt von zu Hause
<input type="radio"/> Krankheit	<input type="radio"/> allgemein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
<input type="radio"/> Unfall	<input type="radio"/> halbprivat	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Hausarztmodell	<input type="radio"/> privat		

Mehr-/Zweibettzimmer bei **stationärer Rehabilitation**:

Wenn allgemein versicherte Patienten auf eigenen Wunsch eine andere Zimmerkategorie beanspruchen wollen, gehen Zusatzkosten zulasten des Patienten.

Einweisender Arzt

Name / Vorname

Spital / Praxis

Strasse

PLZ / Ort

Telefon / Fax

E-Mail

Sozialdienst im Spital / Klinik

Spital/Klinik

Kontaktperson

Telefon / Fax

E-Mail

Angaben zur Einweisung

Hauptdiagnose / Funktionsdefizite
Nebendiagnose
Therapie(n)

Begründung

medizinische Gründe:	zusätzliche sozialmedizinische Gründe:

Zusätzliche Abklärungs-Fragebogen (z.B. zu Pflege und Betreuungsbedürftigkeit) werden teilweise von den Betrieben zusätzlich verlangt

Alle Angaben sind zur Weiterleitung an die Krankenversicherer / Kostenträger vorgesehen.

Ort/Datum/Unterschrift/Stempel des einweisenden Arztes

Ort/Datum:	Stempel:
Unterschrift:	

Formular zur Verfügung gestellt durch „Heilbäder und Kurhäuser Schweiz“ www.kuren.ch
(aktualisiert Juni 2018)

Nur auszufüllen, wenn auf Seite 1 der Aufenthalt als AÜP angemeldet wird

Meldeformular für Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer

Spitalärztliche Beurteilung zur Anordnung der Akut- und Übergangspflege:

Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf von bis zu 24 Std. pro Tag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eine stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Patientin/der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Patientin/der Patient will in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurückkehren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin/dem Patienten oder ggf. mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter vereinbart	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Beginn der AÜP:	
Voraussichtliche Dauer (max. 14 Tage)	

Wer übernimmt die AÜP?

Name Leistungserbringer	
Adresse Leistungserbringer	
Ort, Datum:	

Unterschrift/Stempel des verordnenden Spitalarztes / Spitalstempel

Spitalstempel:
Unterschrift:

- Kopie an Patient / Patientin
- Kopie an Versicherer
- Original an AÜP Leistungserbringer- / -in

Formular zur Verfügung gestellt durch „Heilbäder und Kurhäuser Schweiz“ www.kuren.ch
(aktualisiert Juni 2018)