



Patientenanmeldung zur klinisch-stationären Behandlung/Rehabilitation

Angaben zum/r Patient/in	Angaben zur Versicherung
Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Geb.-Datum: _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Kostenträger: _____
Adresse: _____	Versicherungs-Nr.: _____
Tel. Privat/Natel: _____	Versicherungsstatus:
Tel. Geschäft: _____	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> ganze CH
Hausarzt: _____	<input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat

Reha Art:	<input type="checkbox"/> GER	<input type="checkbox"/> INT	<input type="checkbox"/> ONK	<input type="checkbox"/> MSK
Kostengutsprache:	<input type="checkbox"/> wird vom Einweiser beantragt	<input type="checkbox"/> bitte Patient/in prästationär aufbieten		

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____
Diagnose: _____
Operation/OP-Datum: _____
Funktionsdefizit: _____
Begleiterkrankungen: _____

Behandlungsziel/Rehabilitationpotential:	
<input type="checkbox"/> Wiederherstellung der bestmöglichen Normalfunktionen sowie der Selbständigkeit	
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie, Copingstrategien	
<input type="checkbox"/> Erhaltung/Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit	
Begründung der Behandlung:	
<input type="checkbox"/> Wiederherstellung der Gehfähigkeit und Selbständigkeit	
<input type="checkbox"/> Intensive Therapiebedürftigkeit, multimodales Therapiekonzept	
<input type="checkbox"/> Unmöglichkeit der ambulanten Therapie und Betreuung wegen: Immobilität, ungeeigneten häuslichen Verhältnissen, fehlenden Pflegemöglichkeiten am Wohnort	
<input type="checkbox"/> Sicherung des Operationsresultates	
<input type="checkbox"/> Reduzierter Allgemeinzustand (Schwäche, Alter, einfache Begleiterkrankung)	
<input type="checkbox"/> Betreuung bei vorhandener Demenz	
<input type="checkbox"/> Therapieresistenz auf Serien Physiotherapie	
Grad der Behinderung:	
<input type="checkbox"/> Keine oder minimal	<input type="checkbox"/> Mobil mit Gehstöcken
<input type="checkbox"/> Benötigt geringe Hilfeleistung für Aufstehen, Ankleiden, Gehen, Essen, Toilette	<input type="checkbox"/> Mobil mit Gehböckli
<input type="checkbox"/> Benötigt intensive Hilfeleistung	<input type="checkbox"/> Mobil mit Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr

Bemerkungen: _____

Anmeldender Arzt/Spital: _____ Telefon: _____
(Stempel)

Bitte das ausgefüllte Formular per Email an reha.ksk@stgag.ch senden.