

**Ärztliches Einweisungszeugnis  
zur klinisch-stationären Behandlung/Rehabilitation**

Name, Vorname:	Kostenträger:	
Geb./Geschlecht:		
Adresse:	Versicherungs-Nr.:	
	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
Tel. Privat/Natel:	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> ganze CH
Tel. Geschäft:	<input type="checkbox"/> halbprivat	<input type="checkbox"/> privat
Hausarzt:	<input type="checkbox"/> frühere Aufenthalte in der KSK	

**Gewünschtes Eintrittsdatum:** .....

**Diagnose:** .....

.....

Operation und OP-Datum: .....

Funktionsdefizit: .....

Begleiterkrankungen: .....

.....

**Behandlungsziel/Rehabilitationspotential:**

- Wiederherstellung der bestmöglichen Normalfunktionen sowie der Selbständigkeit
- Schmerztherapie, Copingstrategien
- Erhaltung/Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit

**Begründung der Behandlung**

- Wiederherstellung der Gehfähigkeit und Selbständigkeit
- Intensive Therapiebedürftigkeit, multimodales Therapiekonzept
- Unmöglichkeit der ambulanten Therapie und Betreuung wegen:  
Immobilität, ungeeigneten häuslichen Verhältnissen, fehlenden Pflegemöglichkeiten am Wohnort
- Sicherung des Operationsresultates
- Reduzierter Allgemeinzustand (Schwäche, Alter, einfache Begleiterkrankung)
- Betreuung bei vorhandener Demenz
- Therapieresistenz auf ..... Serien Physiotherapie

**Grad der Behinderung**

- Keine oder minimal
- Benötigt geringe Hilfeleistung für Aufstehen, Ankleiden, Gehen, Essen, Toilette
- Benötigt intensive Hilfeleistung
- Mobil mit Gehstöcken
- Mobil mit Gehböckli
- Mobil mit Rollstuhl
- Sturzgefahr

Bemerkungen: .....

Anmeldender Arzt/Spital:  
(Stempel)

Telefon: .....

Diese Angaben sind auch zur Weiterleitung an die Krankenkasse/Versicherung vorgesehen.