



# 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-/Erholungs-Aufenthalt
  - Badekur-Aufenthalt
  - AÜP – *(Akut- und Übergangspflege)*
  - MWST-befreiten Aufenthalt – *(Selbstzahler, keine Verordnung z.Hd. der Krankenkasse oder Versicherung)*

## Einweisungsgrund

- Krankheit  Unfall

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

Name

Ort

ZSR

## Patient

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich

männlich

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon privat

Telefon mobile

AHV Nummer

Muttersprache

## Nächste Angehörige

---

Name / Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Verwandtschaftsgrad

Telefon privat

Telefon mobile

## Bei Unfall Arbeitgeber

---

Name

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

## Aufenthalt

---

Gewünschtes Eintrittsdatum

Dauer Aufenthalt (Datum oder Anzahl Tage)

## Kranken- oder Unfallversicherer

---

Name

Versicherungsnummer

## Zusatz-(Privat-) Versicherung

---

Name

Versicherungsnummer

## Versicherungsart

---

- Allg. Abteilung nur Wohnkanton       Allg. Abteilung ganze CH  
 Halbprivat       Privat

---

Mehr-/Zweibettzimmer bei stationärer Rehabilitation:

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

---

### Einweisender Spitalarzt

---

Name / Vorname

Spital

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail


### Sozialdienst im Spital

---

Kontaktperson

Telefon / Fax

E-Mail


### Hausarzt – (Wenn nicht identisch mit Zuweiser)

---

Name / Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail


### Facharzt – (Wenn nicht identisch mit Zuweiser)

---

Name / Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail


**Diagnose / Funktionsdefizite:**

---

**Operations- / Unfalldatum:**

---

**Begleiterkrankung:**

---

**Bisherige Therapie(n):**

---

**Behandlungsziel:**

---

**Medikation:**

---

**Begründung der Behandlung:**

---

**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.**

---

Unterschrift / Stempel des einweisenden Arztes

Datum:	Stempel:
Unterschrift:	