

Ärztliche Verordnung für eine stationär-klinische Rehabilitationsbehandlung

Wir melden folgende/n Patienten/in zur stationär-klinischen Behandlung an:

| | | |
|-----------------------------|----------------------------------|--|
| Name: | Vorname: | |
| Strasse/Nr.: | PLZ/Ort: | Telefon: |
| AHV-Nr.: | Geb.-Datum: | <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall |
| Kostenträger 1: | Kostenträger 2: | |
| Gewünschtes Eintrittsdatum: | Vorgeschlagene Behandlungsdauer: | Wochen |
| Privat-Abteilung | Halbprivat-Abteilung | Allgemeine Abteilung |
| 1er-Zimmer (mit Zuschlag) | Suite (mit Zuschlag) | |

Hauptdiagnose/OP-Datum:

Operateur/behandelnder Arzt:

Wesentliche Nebenbefunde:

Bisherige Therapie:

Medikamente:

Hausarzt:

Kriterien über die Charakterisierung des Patienten im Hinblick auf die Klärung der Spitalbedürftigkeit zur stationären Behandlung

(nach Patientenmerkmalen und zu ergreifenden med. Massnahmen)

- | | | | | |
|----|--|-----------------------|--|--|
| 1. | Aufwendige OP | | | |
| 2. | Schwerwieg. peri-/postop. Komplikationen | <input type="radio"/> | | |
| 3. | Komplikationsrisiko | <input type="radio"/> | | |
| 4. | Wundheilstörungen | <input type="radio"/> | | |
| 5. | Schmerzzustände | <input type="radio"/> | | |
| 6. | Allgemeinzustand | | | |
| 7. | Komorbidität/internistische Problematik | <input type="radio"/> | | |
| 8. | Limiten | <input type="radio"/> | | |

- 9. Ärztliche Überwachung _____
- 9.1 Relevante funktionelle Defizit(e) _____
- 10. Pflegebedürftigkeit/24h Pflege _____
- 10.1 Bedarf an Grundpflege/Behandlungspflege _____
- 10.2 Überwachungsbedarf _____
- 10.3 Grössere(s) ADL-Defizit(e) _____
- 10.4 Compliance _____
- 11. Körperliche Einschränkungen _____
- 11.1 Selbständigkeit nein tags nachts
- 11.2 Bedarf an Hilfestellung Aufstehen
 Ankleiden
 Gehen
 Essen
 Toilette
- 12. Mobilität _____
- 12.1 Gehhilfen _____
- 12.2 Rollstuhlgebunden _____
- 12.3 Bettlägrig _____
- 13. Wohn-und soziale Situation _____

Ort/Datum/Unterschrift