

**Kliniken Valens
Ärztliche Leitung
7317 Valens**

EINWEISUNG

Zur stationären Behandlung/Rehabilitation

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

Name/Vorname:

Versicherer:

Adresse:

Geb.-Datum:

Tel.-Nr.:

Fragen an den einweisenden Arzt/Spital

1. Einweisungsgrund
 Krankheit Unfall

a) Diagnose / Funktionsdefizit (bitte medizinische Berichte beilegen, falls vorhanden)

b). Operations-/Unfalldatum

c). Begleiterkrankungen

d) Nachweis von multiresistentem Erreger innert der letzten 12 Monate? nein ja

Falls ja, welche?

2. voraussichtlicher Behandlungsbeginn
3. Behandlungsziel
4. Aufenthalt vor Rehabeginn
 Spital zu Hause
5. Arbeitsunfähigkeit
 nein ja

wenn ja, seit wann?

Zu wie viel %?

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht. Diese Angaben gehen als Kopie mit dem Kostengutsprachege such direkt an den Vertrauensarzt der Krankenkasse.

Name des einweisenden Arztes/Spitals:

Adresse:

Tel. Nr.:

Ort, Datum:

ANGABEN FÜR DEN KLINIKEINTRITT

Das Formular bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden an:

Kliniken Valens, Stationäre Patientendisposition, 7317 Valens

Telefon 081 303 11 03 / 081 303 11 20

patientendispo@kliniken-valens.ch www.kliniken-valens.ch

Patient

Name:

Vorname:

Strasse:

Ort:

Kanton/Land:

Telefon privat:

Telefon mobil:

Geburtsdatum:

Bürgerort/Nationalität:

Geschlecht:

Zivilstand:

Konfession:

Muttersprache:

Beruf:

AHV-Nummer:

Arbeitgeber

Name:

Strasse:

Ort:

Telefon:

Nächste Angehörige

Name/Vorname:

Strasse/Ort:

Verwandtschaftsgrad:

Telefon privat:

Telefon mobil:

Versicherungsstatus

Allgemein nur Wohnkanton (Mehrbettzimmer)

Wenn allgemein versicherte Patienten auf eigenen Wunsch ein Zweibettzimmer beanspruchen wollen, wird ein Zimmerzuschlag zulasten des Patienten erhoben.

Allgemein ganze Schweiz (Mehrbettzimmer)

Halbprivat (Zweibettzimmer)

Wenn halbprivat versicherte Patienten auf eigenen Wunsch ein Einbettzimmer beanspruchen wollen, wird ein Zimmerzuschlag zulasten des Patienten erhoben

Privat (Einbettzimmer)

Spitaleintritt möglich ab

jederzeit

mögliche Daten:

Krankenkasse/ Unfallversicherung

Name:

Adresse:

Telefon:

Versicherungs- Nr.:

Zusatzversicherung

Name:

Adresse:

Telefon:

Versicherungs- Nr.:

Hausarzt

Name:

Adresse:

Telefon:

Ort / Datum:

Einweisender Arzt

Name:

Adresse:

Telefon:

Name:

Die Kostengutsprache wird von den Kliniken Valens direkt beim Versicherer eingeholt.

ERHEBUNG DES PATIENTENZUSTANDES**Bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden!**

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fortbewegung

- bettlägrig bzw. Bettruhe
- Hilfe beim Aufsitzen/Gehen
- geht allein, aber wenig
- selbständiges Gehen/Treppensteigen
 - braucht Rollstuhl
 - braucht Rollator

Ernährung

- Sonde/Parenterale Ernährung
 - transnasale Sonde
 - PEG-Sonde
- einlöffeln/hohe Aspirationsgefahr
- isst teilweise allein/braucht immer Hilfsperson/Supervision
- isst völlig selbständig

Körperpflege

- Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson
- Körperpflege durch Hilfsperson (Lavabo)
- Körperpflege mit geringer Unterstützung durch Hilfsperson/Supervision
- Körperpflege ganz alleine möglich

Ausscheidung/Toilette

- Urinableitung/Katheter
- Stuhlableitung/Stoma
- Urin-/ oder Stuhlinkontinent
- Ausscheidung mit Hilfe Topf/Urinflasche
- Nachtstuhl/WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung alleine möglich

Orientierung

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung (hohe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht Supervision (ohne Weglauftendenz)
- leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

Verständigung

- keine Verständigung möglich
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt
- sozialer Kontakt unbeeinträchtigt

Soziale Interaktion

- sehr häufig unkooperativ/distanzlos/ zurückgezogen
- öfters unkooperativ/distanzlos/ zurückgezogen
- zeitweise unkooperativ/distanzlos/ zurückgezogen
- selten unkooperativ/distanzlos/ zurückgezogen
- normale soziale Interaktion

Besonderes

- Infusion
- Wunde
- Tracheostoma
- Dialyse
-

Grösse/Gewicht: _____

Bitte legen Sie eine Kopie der aktuellsten Medikamentenliste bei. Danke.

Bemerkungen : _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____