

**Einweisung zur stationären Behandlung/Rehabilitation nach Valens oder Walenstadtberg**

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

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon Privat \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ Versicherer \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_

**Fragen an den einweisenden Arzt/Spital**

**1. Einweisungsgrund**       Krankheit       Unfall

**a) Diagnose/etwaige Nebendiagnose**      **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. Medikamente?**       Nein       Ja (wenn ja, bitte Medikationsliste mitschicken.)

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

Bitte Dokumente (Medikationsliste,  
Arztberichte, ...) ergänzend mitschicken.  
Danke.

Name des einweisenden Arztes/Spitals \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_

### Erhebung des Patientenzustandes

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

#### Fortbewegung

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

#### Körperpflege

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

#### Orientierung

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

#### Soziale Interaktion

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

#### Ernährung

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

#### Ausscheidung/Toilette

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

#### 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

#### Besonderes

- Infusion
- Wunde
- Tracheostoma
- Dialyse
- \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

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

#### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_