

<input type="radio"/> Neurorehabilitation	<input type="radio"/> Parkinson	<input type="radio"/> Epileptologie
Gewünschtes Eintrittsdatum:	Geplante Aufenthaltsdauer:	

Sprache: <input type="radio"/> D <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/> andere: Name: AHV-Nr.: Adresse: Tel.: Krankenversicherung:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W <input type="radio"/> D (Divers) Vorname: Geb.-Datum: PLZ/Ort: Versicherungs-Nr.:
Vers.klasse: <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> halbprivat <input type="radio"/> allgemein <input type="radio"/> Zusatzvers. ganze CH <input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall Hausarzt:	

Diagnosen: (bei mehreren Diagnosen bitte komplette Diagnoseliste beifügen)

Zuweisungsgrund:

Epileptologie: ☐ Komplexdiagnostik ☐ Komplexbehandlung ☐ Prächirurgische Phase I

Rehabilitation Funktionsdefizite:

☐ keine Besonderheiten
☐ Clostridien ☐ HIV ☐ Hepatitis A/B/C/D ☐ ESBL ☐ MRSA
 Andere Isolationen:

☐ desorientiert/delirant ☐ braucht kontinuierlich Überwachung/Sitznachtwache
☐ braucht Fixation ☐ aggressiv

Sind Schluckstörungen vorhanden? ☐ nein ☐ ja:

Kostform: ☐ orale Nahrungskarenz ☐ pürierte Kost (IDDSI 4)
☐ weiche, zerkleinerte Kost (IDDSI 6) ☐ normale Kost (IDDSI 7)

Spezielles:
☐ Tracheostoma ☐ PEG-Sonde ☐ naso-gastrale Sonde ☐ Sondenernährung
☐ Ernährung mit Hilfe

Kostform: Normale Kost mit tierischen Produkten? ☐ nein ☐ ja

Allergien, Spezielles:

Sind Sprachstörungen vorhanden? ☐ nein ☐ ja

Aktuelle Medikation (p.o./i.v./p.a.):

☐ i.v. Antibiotika-Therapie während Reha notwendig

Zusätzliche Infos:

☐ Dialyse ☐ Chemotherapie ☐ Radio-Chemo-Therapie ☐ Immuntherapie

Pflegebedürftigkeit:

Patient: ☐ ist bettlägerig ☐ benötigt Hilfe beim Aufstehen/Toilette
Fortbewegung: ☐ frei ☐ an Stöcken ☐ Rollator/Böckli ☐ Rollstuhl ☐ sturzgefährdet
Essen: ☐ selbstständig ☐ mit teilweiser Hilfestellung ☐ nur mit Hilfe
Waschen: ☐ selbstständig ☐ mit teilweiser Hilfestellung ☐ nur mit Hilfe
Ankleiden: ☐ selbstständig ☐ mit teilweiser Hilfestellung ☐ nur mit Hilfe
Wechsel Bett Rollstuhl: ☐ selbstständig ☐ mit teilweiser Hilfestellung ☐ nur mit Hilfe
Belastbarkeit: ☐ uneingeschränkt ☐ leicht eingeschränkt ☐ stark eingeschränkt
Nur bei MS EDSS-Score:

Ausscheidung:

☐ Stuhlinkontinenz ☐ Urininkontinenz
☐ Stoma ☐ Zystofix ☐ Dauerkatheter (☐transurethral ☐suprapubisch)

Zusätzliche Infos Pflege:

☐ ZVK ☐ Port à Cath ☐ CRAP-Therapie ☐ Dekubitus ☐ VAC-Verband

Soziale Situation:

☐ wohnt mit Bezugsperson ☐ wohnt alleine ☐ wohnt im Alters-oder Pflegeheim
☐ Berufstätig ☐ im geschützten Rahmen

Ziel der Behandlung:

☐ Mobilisation ☐ Verbesserung Lebensqualität ☐ Bett-Rollstuhl-Mobilisation
☐ Anpassung von Hilfsmitteln ☐ Umgang mit Hilfsmitteln ☐ Krankheitsbewältigung
☐ Förderung der Autonomie (Umgang mit Teilbelastung/Bewegungseinschränkung)
☐ Rückkehr nach Hause ☐ mit amb. Hilfe (z. B. Spitex) ☐ ohne amb. Hilfe
☐ Anpassung der Medikation ☐ amb. Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft
☐ benötigte Therapieintensität ist amb. nicht möglich
Entlassung ins Pflegeheim: ☐ ja ☐ nein Angemeldet: ☐ ja ☐ nein

Patient wurde über den Reha-Aufenthalt und über die Reha-Ziele informiert: ☐ ja

Zuweisender Arzt:

Institution:

Adresse:

PLZ/Ort:

Tel. (Direktwahl):

Kontaktperson (falls nicht zuweisender Arzt):

Name/Vorname:

Tel.:

Je 1 Exemplar geht an: – **Patientenaufnahme, Rehaklinik Tschugg**

(dieses Dokument gilt als Anmeldung)

– **Das Kostengutsprachege such muss vom Zuweiser an die Krankenkasse
gesendet werden** (dieses Dokument kann als Kostengutsprachege such
verwendet werden)

Bitte **vor Eintritt** sämtliche Unterlagen wie Austrittsbericht, Untersuchungsbefunde und
Röntgenbilder an pataufnahme@rehaklinik-tschugg.ch senden.