

Telefon Neurorehabilitation: 032 338 43 38
 Telefon Parkinson: 032 338 41 39
 Telefon Epileptologie: 032 338 41 36
 Fax: 032 338 40 11
 E-Mail: pataufnahme@klinik-bethesda.ch

☐ Neurorehabilitation	☐ Parkinson	☐ Epileptologie
Gewünschtes Eintrittsdatum:		Geplante Aufenthaltsdauer:

Sprache: ☐ D ☐ F ☐ I ☐ andere:	☐ M ☐ W
Name:	Vorname:
AHV-Nr.:	Geb.-Datum:
Adresse:	PLZ/Ort:
Tel.:	
Krankenversicherung:	Versicherungs-Nr.:
Vers.klasse: ☐ privat ☐ halbprivat ☐ allgemein ☐ Zusatzvers. ganze CH ☐ Krankheit ☐ 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.):

☐ iv. 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: – **Hospitalisationsmanagement, 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 ans **Hospitalisationsmanagement** Fax: 032 338 40 11 sende.

