

## ZUWEISUNG ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG/REHABILITATION

Allg. Abteilung nur Wohnkanton

Allg. Abteilung ganze CH

Halbprivat

Privat

Name/Vorname \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Tel. Nr. privat \_\_\_\_\_ Grundversicherung \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

### Ihre Versicherungskategorien und Aufpreismöglichkeiten

- Privat-Premiumversichert im Einbettzimmer
- Privatversichert im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage)
- Halbprivatversichert im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage)
- Allgemeinversichert Wohnkanton im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage)
- Allgemeinversichert CH/FL im Einbettzimmer gegen Aufpreis (auf Anfrage)
- Selbstzahler

### Fragen an zuweisende/n Arzt/Ärztin/Spital

Zuweisungsgrund:                      Krankheit                      Unfall                      Ereignisdatum: \_\_\_\_\_

Diagnose/Nebendiagnose:

Funktionsdefizit:

(Bitte medizinische Berichte beilegen)

Datum Operation/Unfall: \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen:

Nachweis von multiresistenten Erregern innert der letzten 12 Monate?

Nein

Ja

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Falls ja, sind Isolation oder weitere Massnahme notwendig? \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_

Gewünschte Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_

Behandlungsziel

Aufenthalt vor Rehabeginn      Spital      zu Hause  
Nimmt der Patient Medikamente ein?      Ja      Nein  
Falls ja, bitte Medikation mitschicken.

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

Name zuweisende/r Arzt/Ärztin/Spital \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_

Bitte ergänzende Dokumente (Medikationsliste, Arztberichte etc.) mitschicken.  
Vielen Dank.

#### Kontakt und Information bei Zuweisung

Für Patienten aus CH/FL:  
Tel. +41 81 303 37 99  
anmeldung.badragaz@kliniken-valens.ch

Für internationale Patienten:  
Tel. +41 81 303 38 56  
info@clinicragaz.ch

## Erhebung des Patientenzustandes

### Mobilisation

Bettlägerig bzw. Bettruhe  
auf Rollstuhl angewiesen  
Mobilisation mit 1 Hilfsperson  
Mobilisation mit 2 Hilfspersonen  
braucht Hilfe beim Aufsitzen

### Gehen

selbständig  
mit Hilfe  
Gehen mit 1 Hilfsperson  
Gehen mit 2 Hilfspersonen  
mit Rollator  
mit Gehstöcken

### Transfer

selbständig  
mit 1 Hilfsperson  
Vollbelastung  
mit 2 Hilfspersonen  
Teilbelastung \_\_\_\_\_ kg

### Körperpflege

Körperpflege im Bett durch Hilfsperson  
Körperpflege durch Hilfsperson (Lavabo)

### Oberkörperpflege

alleine möglich  
mit Unterstützung einer Hilfsperson  
vollständige Übernahme durch Hilfsperson

### Unterkörperpflege

alleine möglich  
mit Unterstützung einer Hilfsperson  
vollständige Übernahme durch Hilfsperson

### Braucht Hilfe beim An- und Auskleiden

Oberkörper  
Unterkörper

### Duschen

alleine möglich  
mit Unterstützung einer Hilfsperson

### Ausscheidung/Toilette

selbständig möglich  
mit Unterstützung einer Hilfsperson  
auf Bettpfanne/Urinflasche angewiesen  
Urin- oder Stuhlinkontinenz \_\_\_\_\_  
Urinableitung/Katheter \_\_\_\_\_  
Nachtstuhl

### Nachtstuhl

selbständig möglich  
mit Unterstützung einer Hilfsperson  
vollständige Übernahme durch Hilfsperson

### Stoma

Stomaversorgung selbständig möglich;  
welche Fähigkeiten: \_\_\_\_\_  
Stomaversorgung durch Pflege: \_\_\_\_\_

### Art des Stomas:

Kolostoma    Ileostoma    Nephrostoma  
Urostoma

Welches Material? \_\_\_\_\_

### Orientierung/Vigilanz

zeitlich, örtlich, situativ und persönlich orientiert  
leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung  
desorientiert, braucht Supervision (ohne Weglauff-  
tendenz)  
desorientiert, braucht viel Überwachung  
(geringe Weglaufftendenz)  
stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung  
(hohe Weglaufftendenz)  
Klingelmatte  
Sitzwache  
1:1 Betreuung (24h)

### Atmung

Tracheotomie vorhanden  
Laryngostoma      Tracheostoma  
Kanülengrösse \_\_\_\_\_

vollständige Pflege durch Hilfsperson  
bei welchen Tätigkeiten wird Unterstützung  
benötigt?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inhalation notwendig  
Sauerstoffbedarf vorhanden  
\_\_\_\_\_ Liter/Min.  
CPAP/BIPAP

### Ernährung

Dysphagie/hohe Aspirationsgefahr  
IDDSI Stufe: \_\_\_\_\_

### Via Sonde

transnasale Sonde      PEG-Sonde      PEJ- Sonde  
welche Sondennahrung \_\_\_\_\_  
Sondierung  
vollständige Übernahme durch Hilfsperson  
selbständig möglich \_\_\_\_\_

### Ernährung

Enterale Ernährung via:      ZVK      PICC      \_\_\_\_\_  
braucht immer Hilfe  
Essen wird eingegeben  
isst teilweise allein  
isst völlig selbständig  
\_\_\_\_\_

### Verständigung

Fremdsprachigkeit \_\_\_\_\_  
Keine Verständigung möglich  
Teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt  
mittelschwer beeinträchtigt  
Genügende Verständigung möglich, sozialer  
Kontakt  
leicht beeinträchtigt  
Sozialer Kontakt unbeeinträchtigt  
Sehbeeinträchtigung

Blindheit  
Hörbeeinträchtigung  
Gehörlosigkeit  
\_\_\_\_\_

### Psyche/Soziale Interaktion

Aufenthalt im Mehrbettzimmer möglich  
Adäquates Verhalten und Psyche  
depressiv  
aggressiv  
unruhig  
apathisch  
unkooperativ  
distanzlos  
zurückgezogen  
dissoziative Anfälle  
\_\_\_\_\_

### Zu- und Ableitungen

Infusion \_\_\_\_\_  
PICC \_\_\_\_\_  
ZVK \_\_\_\_\_  
Port à Cath \_\_\_\_\_

### Besonderes

Isolation \_\_\_\_\_  
Dialyse/Peritonealdialyse/Hämodialyse  
Drainage; wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Wunde/Dekubitus \_\_\_\_\_  
Spezielle Medikamente \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_      Gewicht \_\_\_\_\_

Bitte die Dokumente wie Medikationsliste und  
Arztbericht ergänzend mitsenden. Vielen Dank.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_