

Standort auswählen

Rehaklinik Chur  
Rehaklinik Davos Clavadel  
Rehaklinik Gais  
Rehaklinik St.Gallen

Rehaklinik Valens  
Rehaklinik Wald  
Rehaklinik Walenstadtberg  
Rehaklinik Walzenhausen



## Zuweisung zur stationären Behandlung/Rehabilitation

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

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Telefon Privat \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ Grundversicherung \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

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

**1. Zuweisungsgrund**    Krankheit    Unfall

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

b) Operations-/Unfalldatum \_\_\_\_\_

c) Begleiterkrankungen

d) Nachweis von multiresistentem Erreger innert der letzten 12 Monate? Ja Nein

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.**

Name zuweisende/r Arzt/Ärztin/Spital \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

## Erhebung des Patientenzustandes

Name/Vorname Patientin/Patient \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### 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 mit Rollator  
Gehen mit 2 Hilfspersonen 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 Weglauftendenz)  
desorientiert, braucht viel Überwachung  
(geringe Weglauftendenz)  
stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung  
(hohe Weglauftendenz)  
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 \_\_\_\_\_