

# Ärztliches Einweisungszeugnis

## Zürcher RehaZentrum Wald

*Bitte ausfüllen und zurücksenden an: [patientenanmeldung.wald@zhreha.ch](mailto:patientenanmeldung.wald@zhreha.ch) oder F +41 55 256 62 55.  
Für Fragen stehen die Mitarbeitenden der Patientenmeldung (T+41 55 256 64 43.) gerne zur Verfügung.  
Besten Dank.*

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Plz/Ort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Kostenträger 1 / Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Kostenträger 2 / Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_

allgemein  advanced (halbprivat)  excellence (privat)  Krankheit  Unfall

### 1. Medizinisch ausgewiesene stationäre Klinikbedürftigkeit

- Akutbehandlung (nur Pneumologie)  
 Verlegung zur Weiterführung der Spitalbehandlung  
 Stationäre Rehabilitation;  
 eine ambulante Rehabilitation ist aus medizinischen Gründen nicht möglich

### 2. Zuweisung

- Pneumologie  akut  Rehabilitation  
 Kardiovaskuläre Rehabilitation  
 Neurorehabilitation  
 Internmedizinische Rehabilitation  
 Muskuloskeletale Rehabilitation

### 3. Einweisungsdiagnose und relevante Nebendiagnosen (ICD)

### 4. Operation/Krankheitsbeginn (Eingriff / Datum)

### 5. Funktionseinschränkung (Fragen für Neurorehabilitation)

Selbständigkeit	Gehen	Aufstehen	Anziehen	Waschen	Essen	Toiletten- gang	Verstän- digung
Selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilselbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unselbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Stuhl: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Sitznachtwache:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
i.v. Antibiose:	<input type="checkbox"/>						

**6. Behandlungsziel**

**7. Gewünschtes Eintrittsdatum/geplante Aufenthaltsdauer**

/

**8. Beilagen**

Röntgen  OP-Bericht  Labor  EKG  Austrittsbericht

Diese Angaben gehen auch als Kostengutsprachegesuch direkt an den Vertrauensarzt oder an den/die FallmanagerIn der Versicherung.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Telefon-Nr: \_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_