



Zürcher  
RehaZentren

# Ärztliches Einweisungsschreiben zur stationären Aufnahme Zürcher RehaZentrum Davos

## Kontakt

Patientenanmeldung Davos

Tel. 081 414 43 38

Fax 081 414 42 70

E-Mail [patientenanmeldung.davos@zhreha.ch](mailto:patientenanmeldung.davos@zhreha.ch)

Alle **rot** umrandeten Felder sind **Pflichtfelder** und müssen ausgefüllt werden, sonst kann das Formular nicht abgesendet werden.

## Angaben zur Patientin / zum Patienten

Nachname

Vorname

Adresse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Geschlecht

Telefon

Mobile

männlich

weiblich

AHV-Nr.

## Angaben zur Versicherung

Grundversicherung / Mitglied-Nr.

Zusatzversicherung / Mitglied-Nr.

Krankheit

allgemein (nur Wohnkanton)

Unfall

allgemein (ganze CH)

advanced (halbprivat)

excellence (privat)

Kostengutsprache an Versicherung eingereicht?

ja

nein

## Zuweisung für

### Muskuloskelettale Rehabilitation

Davoser interdisziplinäres Schmerzprogramm (DISP)

### Psychosomatische Rehabilitation

### Pulmonale Rehabilitation

Akutbehandlung

Rehabilitation

### Internistisch - onkologische Rehabilitation

Gewünschtes Eintrittsdatum

Geplante Aufenthaltsdauer

### **Behandlungsziel / Auftrag**

Verlegung zur Weiterführung der Spitalbehandlung  
Verminderung einer weiteren Chronifizierung  
Reintegration ins soziale Leben  
Erlernen von Coping-Strategien  
Medikamenteneinstellung / Abbau / Entzug  
Psychoziale Zusammenhänge erkennen und Veränderungen einläuten  
Verminderung unnötiger akutmedizinischen Abklärungen und Notfalleinweisungen  
Drohender Verlust der Arbeitsfähigkeit / Sorge für die Familie  
Reintegration ins Arbeitsumfeld  
Allgemeine Reintegration in den Alltag  
Andere

---

### **Angaben zur Einweisung**

**Arbeitsunfähigkeit**    nein            ja            wenn ja, seit wann  
   wenn ja, wieviel %

**Einweisungsdiagnose und relevante Nebendiagnosen (ICD)**  
(für psychosomatische Einweisung bitte die Details auf Seite 5 und 6 beachten)

**Operation / Krankheitsbeginn (Eingriff / Datum)**

## Funktionseinschränkungen

Gehen	Körperpflege
Aufstehen	Essen
Anziehen	Toilettengang
Verständigung	

## Ausscheidung

Kontinenz	Urin	ja	nein	DK/Zystofix	ja	nein
	Stuhl	ja	nein	Stoma	ja	nein

<b>Isolation</b>	ja	nein			
wenn ja	MRSA	ESBL	TBC	andere	
Lokalisation					

<b>Wunde</b>	ja	nein
wenn ja	VAC	Drainage

## Ernährung

Kostform / Diät

Nahrungsmittel-  
unverträglichkeiten

BMI >120 kg (= Spezialbett)

PEG / FKE

Tracheostoma

andere

Suchtproblematik	ja	nein	wenn ja, welche
------------------	----	------	-----------------

Deutschkenntnisse	ja	mässig	nein
-------------------	----	--------	------

### **Anschlussprozedere**

Alltagsumfeld  
Spitex  
andere Institutionen, nämlich  
nicht festgelegt

### **Sozialarbeiter**

Vorname / Name Telefon

---

### **Beilagen**

Medikamentenblatt	EKG
Austrittsbericht	Röntgen
OP-Bericht	
Labor	

Diese Angaben gehen auch als Kostengutsprache gesuch direkt an den Vertrauensarzt der Versicherung.

---

### **Ambulante Behandlung**

**Eine ambulante Behandlung ist aus medizinischen Gründen nicht möglich bzw. ausgeschöpft weil:**

Aufgrund der Komplexität notwendige Therapien nicht oder nicht in ausreichender  
Therapiedienste gewährleistet  
Fehlender ambulanter Therapiezugang  
Notwendigkeit zur klinischen, laborchemischen und diagnostischen Überwachung  
Eine Betreuung in einer Kurinstitution oder einer Pfleginstitution ist auf Grund der  
vorliegenden Situation nicht möglich  
anderes:

---

### **Ambulante ausgeschöpfte (Abklärungen) Therapien**

Bisherige Therapie	Wenn ja: Wo	Warum konnte allenfalls eine angedachte Therapie nicht durchgeführt werden?
Medizinische Spezialisten		
Psychotherapie		
Physiotherapie		
MTT		
Ergotherapie		
Spitex		
Tagesklinik		
Case Manager		

## Notwendige Zusatzinformation bei Aufnahme in die Psychosomatische Rehabilitation

(müssen nur bei Zuweisung in die Psychosomatische Rehabilitation beantwortet werden)

### Einweisung aufgrund

Somatoforme Störungen F45  
Schlafstörungen G47  
Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindungen F44.4-7  
Kopfschmerzen  
Migräne G43  
Spannungskopfschmerzen G44.2  
Arzneimittelinduzierte Kopfschmerzen F44.4  
Chronische posttraumatische Kopfschmerzen G44.3  
Andere

### Komorbiditäten

Rezidivierende depressive Störungen F33  
Generalisierte Angststörung F41.1  
Posttraumatische Belastungsstörung F43.1  
Persönlichkeitsstörungen F60

---

### Weitere Patientenangaben

Motiviert	ja	nein
Suizidal	ja	nein
Bereits psychiatrisch hospitalisiert	ja	nein
	wenn ja: Wann	Wo
Hinweise für Persönlichkeitsstörungen/ Borderline	ja	nein
	wenn ja: Welche	
Aufnahme nach Schmerzmittelentzug	ja	nein
	wenn ja: In welchem Akutspital	
Casemanagement bekannt (Antrag bei Krankenkasse durch Zuweiser)	ja	nein
	wenn ja: Welches	

---

### Funktionseinschränkungen / Auszug aus dem Mini-ICF (Teil 1)

Der / die PatientIn hat Mühe:  
Termine oder die tägliche Routine, usw. einzuhalten  
In der Organisation des Tages, Arbeit Haushalt, Freizeit  
Im Denken, Verhalten oder Erleben sich den Veränderungen anzupassen  
Sein / ihr Wissen und Kompetenzen einzusetzen  
Beim Urteilen und Entscheidungen fällen

**Notwendige Zusatzinformation bei Aufnahme in die  
Psychosomatische Rehabilitation**

*(müssen nur bei Zuweisung in die Psychosomatische Rehabilitation beantwortet werden)*

**Funktionseinschränkungen / Auszug aus dem Mini-ICF (Teil 2)**

Der / die PatientIn hat Mühe:

In der Eigeninitiative

Im Durchhaltevermögen

Im sozialen Kontakt

In der Selbstpflege

In seiner / ihrer Mobilität (benutzen von ÖV oder Auto unmöglich,  
kann Wohnung nicht mehr verlassen)

---

**Wünschen Sie, falls indiziert, nach dem Rehabilitationsaufenthalt die Vermittlung von:**

Psychotherapie	ja	nein
Physiotherapie	ja	nein
Ergotherapie	ja	nein
Weitere Therapien	ja	nein

**Angaben Einweiser**

Spital / Klinik / Praxis

Titel / Vorname / Name

Adresse

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

**Kontakt für Rückfragen**

Vorname

Name

Telefon

E-Mail

Datum