



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



## 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<br>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<br>(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