



Kliniken Valens
Ärztliche Leitung
7317 Valens

Anfert. durch Klinik → Anfert. durch Dispo

EINWEISUNG

Zur klinisch-stationären Behandlung/Rehabilitation

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

Name/Vorname:	Versicherer:
Adresse:	Geb.-Datum:
	Tel.-Nr.:

Fragen an den einweisenden Arzt/Spital

1. Einweisungsgrund ☐ Krankheit ☐ Unfall

a) Diagnose / Funktionsdefizit

b). Operations-/Unfalldatum

c). Begleiterkrankungen

2. Behandlungsbeginn

3. Behandlungsziel

4. Aufenthalt vor Rehabeginn ☐ Spital ☐ zu Hause

5. Arbeitsunfähigkeit ☐ nein ☐ ja wenn ja, seit wann? Zu wie viel %?

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

Name des einweisenden Arztes:

Adresse:

Tel. Nr.: Ort, Datum:

ANGABEN FÜR DEN KLINIKEINTRITT

Das Formular bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden an:
 Kliniken Valens, Stationäre Patientendisposition, 7317 Valens
 Telefon 081 303 11 02 / 03 / 20 Fax 081 303 14 35
 patientendispo@kliniken-valens.ch www.kliniken-valens.ch

Patient

Name:	_____
Vorname:	_____
Strasse:	_____
Ort:	_____
Kanton/Land:	_____
Telefon privat:	_____
Telefon mobil:	_____

Arbeitgeber

Name:	_____
Strasse:	_____
Ort:	_____
Telefon:	_____

Nächste Angehörige

Name/Vorname:	_____
Strasse/Ort:	_____
Verwandtschaftsgrad:	_____
Telefon privat:	_____
Telefon mobil:	_____

Versicherungssstatus

<input type="checkbox"/> Allgemein nur Wohnkanton (Mehrbettzimmer)	Wenn allgemein versicherte Patienten auf eigenen Wunsch ein Zweibettzimmer beanspruchen wollen, wird ein Zimmerzuschlag zulasten des Patienten erhoben.
<input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz (Mehrbettzimmer)	Wenn halbprivat versicherte Patienten auf eigenen Wunsch ein Einbettzimmer beanspruchen wollen, wird ein Zimmerzuschlag zulasten des Patienten erhoben.
<input type="checkbox"/> Halbprivat (Zweibettzimmer)	
<input type="checkbox"/> Privat (Einbettzimmer)	

Spitaleintritt möglich ab <input type="checkbox"/> jederzeit <input type="checkbox"/> Kalenderwoche

Krankenkasse/ Unfallversicherung

Name:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
Versicherungs-Nr.:	_____

Zusatzversicherung

Name:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
Versicherungs-Nr.:	_____

Einweisender Arzt

Name:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
Name:	_____

Hausarzt

Name:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
Ort / Datum:	_____

Die Kostengutsprache wird von den Kliniken Valens direkt beim Versicherer eingeholt.

ERHEBUNG DES PATIENTENZUSTANDES

Geburtsdatum:

Name / Vorname:

Mobilität		Fähigkeit sich zu bewegen		<input type="checkbox"/> geht allein, aber wenig	<input type="checkbox"/> geht regelmäßig	<input type="checkbox"/> Hilfe b. Aufsitzen/Gehen	<input type="checkbox"/> bettlägerig bzw. Bettruhe
Ernährung		Fähigkeit Nahrung/ Flüssigkeit aufzunehmen		<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> selbstständig
Ernährung		Kostform		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Sondenkost	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Diät (welche)
Ausscheidung		Fähigkeit die Urinausscheidung durchzuführen		<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> selbstständig
Ausscheidung		Fähigkeit die Stuhlausscheidung durchzuführen		<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> selbstständig
Körperpflege		Fähigkeit die Körperpflege durchzuführen		<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> selbstständig
Körperpflege		Fähigkeit sich an - und ausziehen		<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> selbstständig
Kognition		Fähigkeit Kenntnisse zu erwerben		<input type="checkbox"/> nicht in der Lage	<input type="checkbox"/> geringe Unterstützung	<input type="checkbox"/> umfangreiche Unterstützung	<input type="checkbox"/> ist in der Lage
Kognition		Bewusstsein		<input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> agitiert
Kognition		Gedächtnis		<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> gelegentlich desorientiert	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> orientiert
Zu-/Ableitungssysteme		<input type="checkbox"/> Zentrale Leitungen Port à cath	<input type="checkbox"/> venöse Zugänge	<input type="checkbox"/> Drainage	<input type="checkbox"/> Ernährungs-/Magensonde	<input type="checkbox"/> Urinableitungssystem	<input type="checkbox"/> Stuhlableitungssystem
Zu-/Ableitungssysteme		<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Kanülenname/Größe	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Wunddokumentation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja
Zu-/Ableitungssysteme		<input type="checkbox"/> Hautveränderungen/Wunden	<input type="checkbox"/> Wunddokumentation	<input type="checkbox"/> Lokalisation/Grad:	<input type="checkbox"/> Lokalisation/Art:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Wunddokumentation
unterstützende Dienste		<input type="checkbox"/> Sozialberatung		<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung			
Mitgebrachte Hilfsmittel		<input type="checkbox"/> Brille		<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Rollstuhl		
Mitgebrachte Hilfsmittel		<input type="checkbox"/> Zahnpfrose		<input type="checkbox"/> Zytostatika	<input type="checkbox"/> HIV-Medikamente	<input type="checkbox"/> Biologika	<input type="checkbox"/> Andere
Spezielle Medikamente/Infusionen		<input type="checkbox"/> Tyasabri®		<input type="checkbox"/> Andere			
Besonderheiten:		<input type="checkbox"/> Dialyse		<input type="checkbox"/> Andere			

Name:

Ort / Datum: