



Rehasentrum Leukerbad

CLINIQUE DE LOÈCHE-LES-BAINS

EINWEISUNG ZUR STATIONÄREN REHABILITATION

Rheuma- und Rehabilitationsklinik **Fachklinik für neurologische Rehabilitation**

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ Kostenträger/Versicherer: _____

Gewünschtes
Eintrittsdatum: _____ Abteilung: Allgemein Halbprivat Privat

Fragen an die einweisende Ärztin / den einweisenden Arzt:

1. Einweisungsgrund /Diagnostik _____

1.1. Funktionsdefizit _____

1.2. ggf. Operationsdatum _____

1.3. Begleiterkrankungen _____

2. Behandlungsbeginn _____

3. Behandlungsziel Gehfähigkeit Grundbedürfnisse Selbstständigkeit

4. Arbeitsunfähigkeit nein ja ____% seit _____

Geplante Aufenthaltsdauer:

Grad der Behinderung:

Bedarf geringer Hilfeleistung fürs Aufstehen / Ankleiden / Gehen / Essen / Toilette

Bedarf intensiver Hilfeleistung

bettlägerig geht mit Stockhilfe braucht Rollator Rollstuhlpatient/in

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht:

Diese Angaben gehen als Kopie mit dem Kostengutsprache-Gesuch direkt an den Vertrauensarzt der Krankenkasse.

Dieses Formular direkt ans Rehasentrum
Leukerbad senden. Besten Dank!

Stempel / Tel.-Nr. / Unterschrift des einweisenden Arztes