

Einweisung für

Fallnummer:

An:

Kopie an Vertrauensarzt:

Wir melden folgenden Patienten an:

Name	AHV-Nummer
Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Zivilstand
PLZ, Ort	Telefon

Kostenträger 1	Kostenträger 2		
Mitgl.Nr.	Mitgl.Nr.		
Schadensart	Krankheit	Unfall	Versicherungsklasse

Rehabilitationsart	
Eintrittsdatum	
Geplantes Übertrittsdatum	telefonisch reserviert am
Geplante Aufenthaltsdauer	Wochen

Einweisungsgrund
Diagnosen
Funktionsdefizit
Belastbarkeit bezüglich Mobilität
Chirurgische / invasive Therapie
Weitere Angaben, Bemerkungen, bekannte Allergien
(Messbare) Behandlungsziele

Arbeitsunfähigkeit:	Ja	Nein	seit	zu
Grad der Behinderung:				
Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit:				
Datum:	Anmeldende Ärztin / Funktion:	Station / Telefon:		