

Gesuchsteller

Arzt/Spital Sozialdienst
Adresse Kontaktperson
PLZ / Ort Telefon
Telefon / HIN-Mail Telefax
EAN-Nr. ZSR

Einweisung / Kostengutsprachegesuch

Gemäss KVG Anhang 1 KLV, Ziff. 1: Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers.

Ärztliche Leitung Klinik Gais AG CH-9056 Gais T +41 71 791 66 33 E anmeldung.gais@kliniken-valens.ch

Indikation

<input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Psychosomatik/Psychiatrie
<input type="checkbox"/> Internistische Rehabilitation	<input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> Onkologische Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ambulante tagesklinische Reha
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulantes Erstgespräch
<input type="checkbox"/> ambulante Reha	

Reha-Beginn Behandlungsbeginn ab Aufenthaltsdauer gewünscht

Name	AHV-Nr.
Vorname	KK Grund Versicherung
Adresse	Grund Versicherungs-Nr.
PLZ, Ort	KK Zusatz Versicherung
Geburtsdatum	Zusatz Versicherungs-Nr.
Zivilstand	Hausarzt
Telefon-Nr.	Versicherungsklasse <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat
Mobiltelefon	Zimmerkomfort <input type="checkbox"/> 1-er Zimmer <input type="checkbox"/> 2-er Zimmer

Anrede Herr Frau **Schadensart** Unfall Krankheit Militär

Gegenwärtiger Zustand

Funktionsdefizit

.....

.....

Behandlungsziel

.....

.....

Begründung der Spital-
Klinik Bedürftigkeit*

<input type="checkbox"/> Abklärungsbedarf:
<input type="checkbox"/> Pflegebedarf <input type="checkbox"/> Bewegungsbehinderung <input type="checkbox"/> intensive Behandlungsbedürftigkeit
<input type="checkbox"/> Unmöglichkeit einer ambulanten Behandlung
<input type="checkbox"/> andere

Grad der Behinderung*

<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> bedarf geringgradiger Hilfeleistung für Gehen/Essen/Toilette/Aufstehen/Ankleiden
<input type="checkbox"/> geht mit Stockhilfe
<input type="checkbox"/> benötigt Rollstuhl
<input type="checkbox"/> bedarf intensiver Hilfeleistung

Aufenthalt nach
Rehabilitation

<input type="checkbox"/> Alters- oder Pflegeheim
<input type="checkbox"/> nach Hause mit Spitex
<input type="checkbox"/> nach Hause selbstständig
<input type="checkbox"/> andere

Zuweiser → Reha-Institution → Versicherer (VA der Versicherung) mit KoGu-Gesuch per E-Mail

*Zusatzblatt zum Einweisungsformular (Pflegeaufwand)

Soziale Situation

- lebt alleine
- ungünstige Wohnverhältnisse / abgelegener Wohnort

Arbeitsunfähigkeit

- Ja seit wann?..... wieviel Prozent.....%
- Nein

Medizinische Angaben

Hauptdiagnose

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Begleiterkrankung

.....
.....
.....
.....

Operationsdatum/

Krankheitsentwicklung

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bisher durchgeführte

Therapien

.....
.....
.....
.....
.....

i. v. Antibiose

Infusionen

parenterale Ernährung

Ort und Datum

Arztstempel und Unterschrift

.....

.....

Zuweiser → Reha-Institution → Versicherer (VA der Versicherung) mit KoGu-Gesuch per Fax/E-Mail

*Zusatzblatt zum Einweisungsformular (Pflegeaufwand)