

Gesuchsteller

Arzt/Spital
Adresse
PLZ / Ort
Telefon
EAN-Nr. ZSR

Sozialdienst
Kontaktperson
Telefon
Telefax

Einweisung / Kostengutsprachegesuch

stationär
 ambulant

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

Ärztliche Leitung Klinik Gais AG CH-9056 Gais T: 071 791 66 33 F: 071 791 61 31 E: aufnahme@klinik-gais.ch

Indikation Kardiovaskuläre Rehabilitation Behandlungsbeginn ab

und Internistische Rehabilitation Aufenthaltsdauer gewünscht

Rehabeginn Onkologische Rehabilitation

Psychosomatik / Psychiatrie

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** allgemein halbprivat privat

Mobiltelefon **Zimmerkomfort** 1-er Zimmer 2-er Zimmer

Anrede Herr Frau **Schadensart** Unfall Krankheit Militär

Gegenwärtiger Zustand

Funktionsdefizit

.....

.....

.....

Behandlungsziel

.....

.....

.....

Begründung der Spital-
Klinik Bedürftigkeit* Abklärungsbedarf:

Pflegebedarf Bewegungsbehinderung intensive Behandlungsbedürftigkeit

Unmöglichkeit einer ambulanten Behandlung

andere

Grad der Behinderung* selbstständig

bedarf geringgradiger Hilfeleistung für Gehen/Essen/Toilette/Aufstehen/Ankleiden

geht mit Stockhilfe

benötigt Rollstuhl

bedarf intensiver Hilfeleistung

Aufenthalt nach
Rehabilitation Alters- oder Pflegeheim

nach Hause mit Spitex

nach Hause selbstständig

andere

Zuweiser → Klinik Gais AG → Versicherer (VA der Versicherung) mit KoGu-Gesuch per Fax/E-Mail

*Zusatzblatt zum Einweisungsformular (Pflegeaufwand)

