

## Gesuchsteller

Arzt/Spital ..... Sozialdienst .....  
Adresse ..... Kontaktperson .....  
PLZ / Ort ..... Telefon .....  
Telefon ..... 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: 071 791 66 33 F: 071 791 61 31 E: klinikgais-aufnahme@hin.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	

**Rehabeginn**  Behandlungsbeginn ab .....  Aufenthaltsdauer gewünscht .....

<b>Name</b> .....	<b>AHV-Nr.</b> .....
<b>Vorname</b> .....	<b>KK Grund Versicherung</b> .....
<b>Adresse</b> .....	<b>Grund Versicherungs-Nr.</b> .....
<b>PLZ, Ort</b> .....	<b>KK Zusatz Versicherung</b> .....
<b>Geburtsdatum</b> .....	<b>Zusatz Versicherungs-Nr.</b> .....
<b>Zivilstand</b> .....	<b>Hausarzt</b> .....
<b>Telefon-Nr.</b> .....	<b>Versicherungsklasse</b> <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat
<b>Mobiltelefon</b> .....	<b>Zimmerkomfort</b> <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\*  Abklärungsbedarf: .....  
 Pflegebedarf  Bewegungsbehinderung  intensive Behandlungsbedürftigkeit  
 Unmöglichkeit einer ambulanten Behandlung .....

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