

# 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: 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	

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\*  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 → 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 .....

.....