

Gesuchsteller

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

Sozialdienst
Kontaktperson
Telefon
Telefax

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: aufnahme@klinik-gais.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

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

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

.....

.....

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

*Zusatzblatt zum Einweisungsformular (Pflegeaufwand)