



**Klinik Gais**

**Fachklinik für kardiale  
und psychosomatische  
Rehabilitation**

Klinik Gais AG  
Gäbrisstrasse 1172  
CH-9056 Gais

Telefon 071 791 66 33  
Telefax 071 791 61 31  
info@klinik-gais.ch  
www.klinik-gais.ch

# Ärztliches Einweisungszeugnis zur

**Stationären Reha**

**Ambulanten Reha**

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Strasse/Nr.:**

**PLZ/Wohnort:**

**Tel. P.:**

**Tel. G.:**

Beruf:

Muttersprache:

Anmeldender Arzt:

## Früherer Aufenthalt in Gais:

ja

nein

Jahr:

(Stempel, Datum und Unterschrift)

## Gewünschter Termin:

Krankenkasse:

Sektion

Vers. Nr.:

## Versicherungsdeckung/Zimmer:

Allgemein – Doppelzimmer

Halbprivat – Einzelzimmer

Privat – Einzelzimmer oder Appartement

## Diagnosen zuhanden des Kostenträgers

### Indikationen zur stationären Rehabilitationsbehandlung von 4 Wochen:

Kurze Anamnese und hauptsächlich gegenwärtige Befunde:

Jetziges Leiden/psychisches Verhalten:

Berufliche Verhältnisse/soziale Situation:

Arbeitsunfähig:  ja  nein wenn ja, seit wann:

Bisherige Therapie:

**Wichtig!** Medikamente:

## Unterlagen:

Wir bitten Sie, uns Unterlagen, wie Berichte EKG, evtl. Röntgenbilder und Laborresultate zu überlassen. Damit wird die Beurteilung der Patienten erleichtert und diagnostische Doppelspurigkeiten vermieden. Wir werden Ihnen sämtliche Dokumente nach Behandlungsende zusammen mit unserem Schlussbericht zurücksenden.

## Medikamente:

Wir bitten Sie, dem Patienten die für die ganze Behandlungsdauer notwendigen Präparate mitzugeben.

## Definitive Bettenreservation:

Die definitive Bettenreservation kann erst bei Erhalt dieses Zeugnisses erfolgen!

**Dr. med. Artur Bernardo**  
Chefarzt Kardiologie  
Ärztlicher Direktor

Telefon 071 791 66 11  
Telefax 071 791 61 32  
a.bernardo@klinik-gais.ch

**Dr. med. Torsten Berghändler**  
Chefarzt Psychosomatik

Telefon 071 791 66 74  
Telefax 071 791 61 41  
t.berghaendler@klinik-gais.ch