

## Patientenanmeldung Zürcher RehaZentrum Lengg

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Datum Ereignis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>				
Telefon	<input type="text"/>				

### Versicherungsstatus

Kostenträger 1	<input type="text"/>	Mitglied-Nr.	<input type="text"/>
Kostenträger 2	<input type="text"/>	Mitglied-Nr.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat	
<input type="checkbox"/> Krankheit			
<input type="checkbox"/> Unfall			

### Medizinisch ausgewiesene stationäre Klinikbedürftigkeit

<input type="checkbox"/>	Verlegung zur Weiterführung der Spitalbehandlung
<input type="checkbox"/>	Rehabilitation (eine ambulante Rehabilitation ist aus medizinischen Gründen nicht möglich)

### Zuweisung

<input type="checkbox"/>	stationäre Neurorehabilitation
--------------------------	--------------------------------

### Einweisungsdiagnose und relevante Nebendiagnosen

(wenn möglich Diagnoseliste beilegen)

### Operation/ Krankheitsbeginn

Art des Eingriffs

Datum Eingriff

### Funktionseinschränkung

Für Neurorehabilitation bitte zusätzlich speziellen Fragebogen verwenden

#### Selbstständigkeit

	Ja	Tw	Nein
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Ausscheidung

	Ja	Nein
Kontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Besonderes

	Ja	Nein
Sitznachtwache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheakanüle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Behandlungsziel

gewünschtes Eintrittsdatum

### Behandlungsdauer

### Beilagen

<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Labor	<input type="checkbox"/> OP-Bericht
<input type="checkbox"/> EKG		<input type="checkbox"/> Bericht Austritt

Diese Angaben gehen auch als Kostengutsprache gesuch direkt an den Vertrauensarzt oder an das Fallmanagement der Versicherung.

### Zuweisende Stelle

Arzt/Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>		

Ort / Datum  
Unterschrift / Stempel