

Anmeldung zur ambulanten Tagesrehabilitation

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
Adresse:	PLZ/Ort:	
Telefonnummer:	E-Mail:	
Zuständiger Arzt:	Spital / Abteilung:	
Versicherungsklasse:	Krankenkasse / Unfallversicherung:	Versichertennummer / Schadennummer:

Bitte senden Sie diese Anmeldung **per E-Mail an tagesrehabilitation.rehab@luks.ch** zusammen mit:

■ Kopie des Patientendossierblattes ■ Ziele der Tagesrehabilitation ■ Kurzer Arztbericht: Diagnose- und Medikamentenliste, Körperfunktionsschädigungen, Verlaufsbericht, Kontext (Lebensform, Unterstützung im sozialen Umfeld, Allgemeinzustand vor Ereignis, weitere Infos)

Nach Eingang der Anmeldung wird diese durch die medizinische Leitung der Tagesrehabilitation und das Klinikmanagement geprüft. Im Anschluss werden Sie über den Entscheid der Aufnahme und die weiteren Schritte informiert.

Bitte melden Sie sich bei allfälligen Fragen zum Aufnahmeverfahren beim Klinikmanagement, Telefon 041 205 29 76, oder beim Pflegedienst, Telefon 041 205 56 23.

Der Patient / die Patientin ist zur Neurorehabilitation verlegbar ab: _____

Angaben Pflegedienst

Mobilität

Sturzgefährdet:	Gehen:	Hilfsmittel:
Hemisyndrom <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> armbetont <input type="checkbox"/> beinbetont		
Bemerkung:		

Kleiden

Bemerkung:

Toilettenaktivität

Blase:	Darm:	WC:
Bemerkung:		

Essen / Trinken

Schluckstörung: Sondenkost: Produkt und Menge

Nahrungsaufnahme:

Bemerkung:

Kommunikation

Sprechen:

Anweisungen:

Bemerkung:

Orientierung / Verhalten

Weglaufgefährdete Patienten können in der Tagesrehabilitation nicht betreut werden.

unauffällig

Desorientierung: persönlich zeitlich örtlich

Führung:

Bemerkung:

Spezielles

Bemerkung:

Medikamente

Bemerkung:

Diabetesmanagement

Blutzuckerkontrolle:

Insulinverabreichung:

Kontext

Wohnen:

_____ Mit wem? _____

Unterstützung im sozialen Umfeld vorhanden (Angehörige, Spitex etc.) _____

Kontaktdaten _____

Berufliche Situation (z.B. IV-Rente) _____

Angaben Hausarzt (Name, Telefon) _____

Falls kein Hausarzt vorhanden ist, muss zwingend einer gesucht werden.

Beistandschaft _____ Wer? _____

Weitere Bemerkungen: