

# ÄRZTLICHES EINWEISUNGSZEUGNIS

wichtige Informationen zum Verordnungsformular siehe separates Dokument

## Aufenthaltsart

- Stationäre Rehabilitation  
(Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht. Die Klinikbedürftigkeit ist aus nachfolgend erwähnten Gründen gegeben)
- Ambulanter Aufenthalt – (nur eine Verordnungsform möglich)
- Kur-/Erholung       Badekur
- AÜP (Akut- u. Übergangspflege): Seite 4 ergänzend ausfüllen

## Einweisungsgrund

## gewünschtes Eintrittsdatum

Krankheit    Unfall

Datum: \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Tage

## Adresse Betrieb – (Rehaklinik / Kurhaus / zugelassenes Heilbad / Betrieb mit AÜP)

Name

Ort

ZSR

## Patient

weiblich    männlich

Name / Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon privat

Telefon mobile

AHV Nummer

Muttersprache

## Vertrauensperson

Name / Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

e-Mail

Telefon privat

Telefon mobile

## Angaben zur Versicherung

---

Grundversicherung

Versicherungsnummer

--	--

Privat-/Zusatzversicherung

Versicherungsnummer

--	--

Versicherungsart	Klasse	Zusatz ganze Schweiz	Patient kommt von zu Hause
<input type="radio"/> Krankheit	<input type="radio"/> allgemein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
<input type="radio"/> Unfall	<input type="radio"/> halbprivat	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
<input type="radio"/> Hausarztmodell	<input type="radio"/> privat		

---

Mehr-/Zweibettzimmer bei **stationärer Rehabilitation:**

Wenn allgemein versicherte Patienten auf eigenen Wunsch eine andere Zimmerkategorie beanspruchen wollen, gehen Zusatzkosten zulasten des Patienten.

---

## Einweisender Arzt

---

Name / Vorname

Spital / Praxis

Strasse

PLZ / Ort

Telefon / Fax

E-Mail


## Sozialdienst im Spital / Klinik

---

Spital / Klinik

Kontaktperson

Telefon / Fax

E-Mail


## Angaben zur Einweisung

---

Hauptdiagnose / Funktionsdefizite
Nebendiagnose
Therapie(n)

## Begründung

---

medizinische Gründe:	zusätzliche sozialmedizinische Gründe:

---

Zusätzliche Abklärungs-Fragebogen (z.B. zu Pflege und Betreuungsbedürftigkeit) werden teilweise von den Betrieben zusätzlich verlangt

---

## Alle Angaben sind zur Weiterleitung an die Krankenversicherer / Kostenträger vorgesehen.

---

Ort/Datum/Unterschrift/Stempel des einweisenden Arztes

Ort/Datum:	Stempel:
Unterschrift:	

Formular zur Verfügung gestellt durch „Heilbäder und Kurhäuser Schweiz“ [www.kuren.ch](http://www.kuren.ch)  
(aktualisiert November 2023)

Bitte nicht an den Verband schicken!

