

EINWEISUNG zur klinisch-stationären Myositisbehandlung / Rehabilitation

Name, Vorname, Pat. Nr.

Geb.-Datum:

Kostenträger 1:

Vers.-Nr.:

Kostenträger 2:

Vers.-Nr.:

Diagnosen

Wesentliche Nebebefunde zu den vorgängig genannten Diagnosen

Operationsdatum und Art des Eingriffs

Krankheit

Unfall

Neuro-Rehabilitation

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht. Die Klinikbedürftigkeit ist aus folgenden Gründen gegeben:

Intensive stationäre physikalische, balneologische und/oder medikamentöse Rehabilitationsbedürftigkeit

Relevante funktionelle Behinderung

Stationäre Abklärungsbedürftigkeit

Zusätzliche Begleiterkrankungen

Einweisungsgrund zur klinisch-stationären Myositis-Rehabilitation

Intensivierung der ambulant ,respektive Fortsetzung der stationär begonnen physiotherapeutisch/physikalischen Massnahmen zur Wiedererlangung /Verbesserung der allgemeinen Kraft und Ausdauer sowie Beüben der im Alltag erforderlichen Funktionen, Erlernen von Copingstrategien zum Umgang mit den allfällig bleibenden funktionellen Einschränkungen.

Funktionsdefizite

- Vollbelastung
- Teilbelastung (Bitte Teilbelastung definieren) _____
- Keine Belastung
- Koordinationsdefizite
- Eingeschränkte Mobilität
- Reduzierter
- Allgemeinzustand
- Wundheilungsstörung
- Kognitive Beeinträchtigung (Konzentration, Ausdauer, Denkstruktur)
- _____

Behandlungsziele

- Erhöhung körperlicher Selbständigkeit (Ausdauer, Beweglichkeit, Kraft, Koordination)
- Aufbau/Wiedererlangung körperlicher Leistungsfähigkeit mit dem Ziel: Austritt nach Hause
- Wiedergewinnung der Selbständigkeit im Alltag
- Förderung der Körperwahrnehmung
- Schmerzlinderung/Einstellung der Schmerzmedikation
- Wundheilung
- Konditionsaufbau nach langer Hospitalisation
- Erstellung / Anpassung / Handling von Prothesen, Orthesen
- Wiedererlangung resp. Steigerung der Arbeitskapazität
- _____

Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht. Die Klinikbedürftigkeit ist aus folgenden Gründen gegeben:

- Intensive stationäre physikalische, balneologische und/oder medikamentöse Rehabilitationsbedürftigkeit

- Relevante funktionelle Behinderung
- Stationäre Abklärungsbedürftigkeit
- Zusätzliche Begleiterkrankungen
- Pflegebedürftigkeit
- _____

Grad der Behinderung

- Selbständig
- Bedarf geringgradiger Hilfeleistung für Aufstehen/Ankleiden/Gehen/Essen/Toilette
- Bedarf intensiver Hilfeleistung
- Rollstuhlgebunden
- Geht mit Stockhilfe/Rollator
- Bettlägerig

Soziale Indikation

- Lebt alleine
- Wohnsituation mit baulichen Hindernissen (Treppen, kein Lift)
- Abgelegener Wohnort / ambulante Therapie schwer erreichbar
- Die persönlichen / häuslichen Umstände erschweren den Heilungsprozess
- Fremdsprachigkeit

Spezielle Hinweise und Bemerkungen

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig seit wann? _____, _____%

Voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit bis _____

Datum: _____

Stempel, Telefonnummer und Unterschrift des einweisenden Arztes

Beilagen

- Arztberichte
- Röntgenbilder
- Operationsbericht
- Pflegeberichte