

## Ärztliche Verordnung für einen stationären Spitalaufenthalt

Wenn erforderlich werden die Angaben von UAFP als Kostengutsprache gesuch an den Vertrauensarzt der Kranken-Versicherung weitergeleitet

<b>Akutgeriatrie</b>	Geriatrische Abklärung und Akutbehandlung		
<b>Rehabilitation</b>	Geriatrische Rehabilitation	Muskuloskeletale Rehabilitation	
	Neurologische Rehabilitation	Onkologisch-internistische Rehabilitation	
<b>Alterspsychiatrie</b>	Abklärung und Akutbehandlung bei kognitiven Störungen, Demenzen und neuropsychiatrischen Erkrankungen im Alter		
<b>Akut-Neurologie</b>	Diagnostik und Therapie von Patienten mit altersneurologischen Erkrankungen		

### Betrifft

Name \_\_\_\_\_ m w  
Vorname Strasse/ \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Versichertenstatus

Allgemein    Halbprivat    Privat  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

### Bezugsperson

Name \_\_\_\_\_ m w  
Vorname Strasse/ \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

**Grund des Aufenthaltes**                      Krankheit    Unfall    Unfalldatum \_\_\_\_\_

**Gewünschtes Eintrittsdatum**            sofort    \_\_\_\_\_

**Voraussichtliche Behandlungsdauer** \_\_\_\_\_

### Wesentliche Diagnosen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Funktionseinschränkungen

---

---

---

---

---

**Soziale Situation**

- Wohnt mit Ehe-/Partner
- Wohnt alleine
- hat externe Hilfen (Spitex, Familie usw.)

**Mobilität**

- Selbstständig
- Geht mit Hilfsmittel
- Rollstuhlgebunden
- Bettlägerig

**Hilfe erforderlich für**

- Aufstehen
- Gehen
- Ankleiden
- Körperpflege
- Essen
- Toilette
- Orientierung

**Rehabilitationsziel** (nur für Anmeldungen zur Rehabilitation)

---

---

---

**Ärztliche Bestätigung der Spitalbedürftigkeit aufgrund von**

- Stationärer Abklärungs-/Therapiebedürftigkeit
- relevanter funktioneller Behinderung
- Intensiver stationärer Rehabilitationsbedürftigkeit und vorhandenem Rehapotential
- Anderer Ursache \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation gemäss separater Liste**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an die Bettendisposition senden**