

Ärztliche Verordnung für einen stationären Spitalaufenthalt

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

Akutgeriatrie	Geriatrische Abklärung und Akutbehandlung	
Rehabilitation	Geriatrische Rehabilitation Neurologische Rehabilitation	Muskuloskeletale Rehabilitation Onkologisch-internistische Rehabilitation
Alterspsychiatrie	Alterspsychiatrische Abklärung und Akutbehandlungen	
Akut-Neurologie	Diagnostik und Therapie von Patienten mit altersneurologischen Erkrankungen	

Betrifft

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

Versichertenstatus

Allgemein Halbprivat Privat
Krankenkasse _____
Versicherten-Nr. _____

Bezugsperson

Name _____ m w
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Strasse/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