



## Ärztliche Verordnung für einen stationären muskuloskelettalen Rehabilitationsaufenthalt

Ort der Rehabilitation: **Berit Klinik Niederteufen**      Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

### Zuweiser

Institution / Praxis / Name: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

### Personalien

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Männlich     Weiblich

Tel. Mobile: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Krankheit     Unfall    Datum: \_\_\_\_\_

Grundversicherung: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsdeckung:  Allgemein     Halbprivat     Privat

### Fragen an den einweisenden Arzt / an die einweisende Ärztin

Diagnose(n): \_\_\_\_\_

Operation(en): \_\_\_\_\_

Operationsdatum: \_\_\_\_\_

Nebendiagnose(n): \_\_\_\_\_

Funktionsdefizit: \_\_\_\_\_

Pflegebedürftigkeit: \_\_\_\_\_

Bemerkungen / Anderes: \_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Behandlungsziel

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wiederherstellung der Gehfähigkeit               | <input type="checkbox"/> Wiederherstellung der Beweglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Kraft und Ausdauer sowie Selbstständigkeit       | <input type="checkbox"/> Schmerzlinderung                    |
| <input type="checkbox"/> Wundheilung                                      | <input type="checkbox"/> Anleitung zur Selbsttherapie        |
| <input type="checkbox"/> Intensive physikalisch-therapeutische Behandlung | <input type="checkbox"/> Stationäre Weiterbehandlung         |

Bemerkungen:

## Grad der Behinderung / Soziale Indikation

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Selbstständig  | <input type="checkbox"/> Lebt alleine                 |
| <input type="checkbox"/> Bedarf der Hilfe für Gehen, Essen, Toilette,<br>Aufstehen, Ankleiden | <input type="checkbox"/> Ungünstige Wohnverhältnisse  |
| <input type="checkbox"/> Geht mit Stockhilfe/Rollator   | <input type="checkbox"/> Reduzierter Allgemeinzustand |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl  | <input type="checkbox"/>                              |
| <input type="checkbox"/> Intensive Hilfeleistung  | <input type="checkbox"/>                              |

Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Behandelnde Ärztin: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_