

Anmeldung für Stationäre Rehabilitation

Name, Vorname		Geburtsdatum			
Strasse		AHV Nr.			
PLZ / Ort		Heimatort			
Tel.		Hausarzt			
E-Mail		PLZ / Ort			
Zivilstand		Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d

Versicherungsangaben

Ereignisform	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall		
Grundversicherung				
Zusatzversicherung				
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> allgemein Kt.	<input type="checkbox"/> allgemein CH	<input type="checkbox"/> halbprivat	<input type="checkbox"/> privat

Einweisung zur:

<input type="checkbox"/> Muskuloskelettale Rehabilitation

Provisorisches Eintrittsdatum:

Geplante Aufenthaltsdauer:

--	--

Hauptdiagnose
Operation mit Datum
 (falls durchgeführt)

--

Nebendiagnosen

--

Funktionsdefizit

Behandlungsziel

Die Kopie dieses ausgefüllten Formulars gilt als Kostengutsprachege such.

Entscheid über Kostengutsprache und Rückfragen bitte an:
AMEOS Spital Einsiedeln

rehabilitation@einsiedeln.ameos.ch

055 418 58 26

**Adresse, Tel. Nr.,
Unterschrift des einweisenden Arztes**

Erforderliche Unterlagen zur medizinischen Vorbereitung (falls vorhanden)

- Provisorische Medikamentenliste
- Aktuelle Laborbefunde
- Diagnoseliste
- Voroperative Unterlagen des Hausarztes (inkl. Diagnosen und Medikamentenliste)
- Kontaktdaten des behandelnden Arztes (Telefonnummer und E-Mail)