

**Patient**       männlich     weiblich  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-Dat. \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
**AHV-Nr.** \_\_\_\_\_

**Angehörige/Kontaktperson**  
Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

**Zuweiser:**  
Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Kostenträger**  
Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  
 **Krankheit**  
 **Unfall**

**Hausarzt**  
Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**ÄRZTLICHES ANMELDEZEUGNIS ZUR TAGESREHABILITATION**

**Medizinische und rehabilitativ relevante Diagnosen/ Datum akutes Ereignis / Datum Eintritt Akutklinik**

**Risikofaktoren / relevante Komplikationen (cardiopulmonale Erkrankungen / Infekte / Frakturen / Antibiose / Adipositas per magna usw.)**

**Begründung für Tagesrehabilitation / Zielsetzung**

**Gewünschte Anzahl der Präsenztag pro Woche  
(in der Regel 2 bis 3 Tage pro Woche)**

Name des Patienten: .....

Geb.-Dat. ....

## Zustand des Patienten

### Ernährung

- Sonde / parenterale Ernährung
- einlöffeln / hohe Aspirationsgefahr
- isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson / Aspirationsgefahr
- isst allein mit Hilfsmitteln / braucht Supervision
- isst völlig selbständig

### Persönliche Hygiene

- Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en
- im Bett / am Lavabo teilweise möglich, aber in beträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-en angewiesen
- teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig
- braucht Hilfsmittel, Supervision
- Körperpflege (inkl. Zähne putzen, rasieren, frisieren) ganz allein möglich

### Fortbewegung

- bettlägerig, selbständige Fortbewegung unmöglich
- braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung
- Gehen mit Stützhilfe/Begleitung möglich / selbständiges Rollstuhlfahren/ Rollator
- selbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen
- selbständiges Gehen und Treppensteigen möglich

### Orientierung

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung
- teilweise desorientiert, braucht Supervision
- zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert
- Weglauftendenz
- Sitzwache/1 zu 1 Betreuung
- Sturzgefahr

### Soziale Interaktion

- sehr häufig unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen (**nicht Zutreffendes streichen**)
- zeitweise unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen (**nicht Zutreffendes streichen**)
- normale soziale Interaktion

### An- und Auskleiden

- vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
- viel Unterstützung durch Hilfsperson
- wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson
- Hilfsmittel / Supervision notwendig
- völlig selbständig

### Ausscheiden / Toilette

- stuhl- und urininkontinent
- urininkontinent / Katheter / Blasentraining
- auf Topf / Nachtfflasche angewiesen
- Nachtstuhl / WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung alleine möglich

### Transfer (bei Rollstuhlfahrern)

- kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen
- Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson
- leichte Unterstützung durch Hilfsperson
- selbständiger, sicherer Transfer
- Wie lange mobilisierbar \_\_\_ Stunden/Tag

### Verständigung

- keine Verständigung möglich /Fremdsprache
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- sozialer Kontakt nicht beeinträchtigt
- Fremdsprachig

### Psyche

- starke Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie/ Unruhe (**nicht Zutreffendes streichen**)
- leichte Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie/ Unruhe (**nicht Zutreffendes streichen**)
- Verhalten und Psyche adäquat