

Arbeitsgemeinschaft Leistungserbringer -  
Versicherer für wirtschaftliche und qualitätsgerechte  
Rehabilitation (ALVR)

An die Ärztliche Leitung  
der Rehabilitationsklinik  
7317 Valens

## Einweisung

zur klinisch-stationären Behandlung / Rehabilitation

<input type="checkbox"/> Allg. Abteilung	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat	Versicherer
Name / Vorname			Geburtsdatum
Adresse			Telefon Nr.

### Fragen an den einweisenden Arzt / Spital

Einweisungsgrund	<input type="checkbox"/> Abklärung Rehabilitationspotential	<input type="checkbox"/> Rehabilitationsbehandlung
A. Funktionsdefizit		
B. Operationsdatum		
C. Begleiterkrankungen		
Behandlungsbeginn		
Behandlungsziel		
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	wenn ja seit wann	zu wieviel %

### Geplante Aufenthaltsdauer (vom Klinikarzt auszufüllen)

Grad der Behinderung	
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> bettlägerig
<input type="checkbox"/> bedarf geringgradiger Hilfeleistung fürs Aufstehen	<input type="checkbox"/> geht mit Stockhilfe
<input type="checkbox"/> bedarf intensiver Hilfeleistung	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpatient
<input type="checkbox"/> Ankleiden / Gehen / Essen / Toilette	

**Eine ambulante Behandlung fällt meines Erachtens ausser Betracht.**

**Diese Angaben gehen als Kopie mit dem Kostengutsprache gesuch direkt an den Vertrauensarzt der Krankenkasse.**

Stempel, Telefon Nr. und Unterschrift des einweisenden Arztes
---

Ort / Datum \_\_\_\_\_