

Anmeldung für ambulante muskuloskelettale Rehabilitation

Zuweiser

Patient		
Name, Vorname:		Geburtsdatum:
Adresse:		Tel.:
Versicherer:		Vers. Nr.:
Diagnose	(ICD-10)	Krankheit Unfall
Primäres Rehabilitationsziel		
Gesteigerte Arbeitsfähigkeit Schmerzverminderung / - Umgang Sonstige ...		Verbesserung der Alltagsfunktion Verhinderung von Chronifizierung
Kriterien hinsichtlich ambulanter Rehabilitation		Bemerkungen
Funktions- Einschränkung (ICF)		
Monotherapie	Ziele mit Monotherapie nicht erreichbar Monotherapie nicht erfolgreich	
Motivation	Ja Evaluierung durch Reha – Team	
Rehabilitations- potential	Ja Evaluierung durch Reha – Team	
Chronifizierung	Nein Ja ...	
Ungünstige Kontextfaktoren	Nein Ja ...	
Mehrfachprobleme Komorbidität	Nein Ja ...	
Allgemeine Voraussetzungen	Patient ist fähig, das Programm zu absolvieren Patient ist ausreichend belastbar Evaluierung durch Reha – Team Transport ist gewährleistet	
Arzt / Ärztin (Stempel): ZSR-Nr. EAN-Nr.:		Datum / Unterschrift

Stellungnahme Bethesda Reha – Team

Vorabklärung erfolgt (s. Bericht) Rehapotential: Vorhanden Nicht vorhanden	Bemerkungen / Begründung / Ziele / Massnahmen
Ambulante Rehabilitation indiziert Stationäre Rehabilitation indiziert (Separates Anmeldeformular) Keine Rehabilitation indiziert (Therapievorschlag)	

Kostengutsprache gesuch

Tagespauschale*	183 TP Ziffer 7805	Therapievorschlag
TarReha:		
Dauer der Rehabilitation (Wochen)		
Frequenz pro Woche		
Anzahl Behandlungstage gesamt		
Geplanter Eintritt		
*Für die Benutzung des Gehbades darf die Zuschlagsposition 7352 gemäss dem Tarifvertrag für amb. physioth. Leistungen in Spitälern verwendet werden. Die Leistungen der Therapeuten werden über die Tagespauschale (Ziffer 7805) vergütet. *Folgende Leistungen sind NICHT Bestandteile der Pauschalen und können gemäss Tarif separat verrechnet werden: -ärztl. Leistungen und Verbrauchsmaterial gemäss TARMED/Medikamente gemäss ALT und Spezialitätenliste/Mittel und Gegenstände/Laborleistungen gemäss Analysenliste		
Kontaktperson / Telefon		Datum / Unterschrift

Kostengutsprache Versicherer

Ambulante muskuloskelettale Rehabilitation genehmigt abgelehnt	Bemerkung / Begründung
Versicherer (Stempel)	Datum / Unterschrift
Kontaktperson / Telefon	