

[Vor Anmeldung](#) | [Postoperativ-/konservativ](#) | **Kriterienblatt für Kostengutsprache**

Wir melden folgende/n Patienten/in zur stationär-klinischen Behandlung an:
(alles Pflichtfelder)

Name:	Vorname:	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:	Telefon:
AHV-Nr.:	Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Kostenträger 1:	Kostenträger 2:	
Gewünschtes Eintrittsdatum:	Vorgeschlagene Behandlungsdauer:	Wochen
<input type="checkbox"/> Privat-Abteilung	<input type="checkbox"/> Halbprivat-Abteilung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Abteilung
<input type="checkbox"/> 1er-Zimmer (mit Zuschlag)	<input type="checkbox"/> Suite (mit Zuschlag)	

E-Mail Anhänge/Beilagen:

Kriterien über die Charakterisierung des Patienten im Hinblick auf die Klärung der Spitalbedürftigkeit zur stationären Behandlung
(nach Patientenmerkmalen und zu ergreifenden med. Massnahmen)

1. Aufwendige OP
2. Schwerwieg. peri-/postop. Komplikationen
3. Komplikationsrisiko
4. Wundheilstörungen
5. Schmerzzustände
6. Allgemeinzustand
7. Komorbidität/internistische Problematik
8. Limiten
9. Ärztliche Überwachung
- 9.1 Relevante funktionelle Defizit(e)
10. Pflegebedürftigkeit/24h Pflege
- 10.1 Bedarf an Grundpflege/Behandlungspflege
- 10.2 Überwachungsbedarf
- 10.3 Grössere(s) ADL-Defizit(e)
- 10.4 Compliance
11. Körperliche Einschränkungen
- 11.1 Selbständigkeit nein tags nachts
- 11.2 Bedarf an Hilfestellung Aufstehen
 Ankleiden
 Gehen
 Essen
 Toilette
12. Mobilität
- 12.1 Gehhilfen
- 12.2 Rollstuhlgebunden
- 12.3 Bettlägrig

Ort Datum Name