KURHOTEL IM PARK
BAD SCHINZNACH

KURVERORDNUNG

Wir bitten Sie, dieses Formular durch den zuständigen Arzt ausfüllen zu lassen und umgehend an das Kurhaus und die Krankenkasse zuzustellen.

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Grösse: _____ **Gewicht*:** _____ **E-Mail:** _____

Geburtsdatum: _____ **Strasse:** _____

PLZ / Ort: _____ **Eintrittsdatum:** _____

Austrittsdatum: _____ ☐ **OP-Termin am:** _____

Dauer (Tage): _____ ☐ **Kommt vom Spital** ☐ **Kommt von Zuhause**

Telefonnummer für pflegerische Abklärung: _____

Krankenversicherung: _____ **Versicherungsnummer:** _____

* Unsere Gegebenheiten sind bis max. 150 kg vorgesehen.

VOM ZUWEISENDEN ARZT AUSZUFÜLLEN:

Diagnose:

Die Verordnung des Aufenthaltes erfolgt aus folgenden Gründen:

Medizinische Gründe:

- ☐ Hilfe bei der Körperpflege (Grundpflege)
- ☐ Wund- oder sonstige Behandlungspflege
- ☐ Regelmässige ärztliche Betreuung
- ☐ Manuelle Physiotherapie (trocken)
- ☐ Behandlungen im Therapiebad
- ☐ Erholung nach schwerer Krankheit
- ☐ Erholung nach operativem Einsatz
- ☐ Behinderten gerechte Übergangslösung
- ☐ Ernährungsberatung

Mindestvoraussetzungen für einen Aufenthalt:

- ☐ Selbständiger Toilettengang möglich
- ☐ Teilkörperpflege möglich
- ☐ Teilselbständigkeit möglich
- ☐ Selbständige Nahrungsaufnahme
- ☐ keine dementiellen Erkrankungen

zusätzliche Gründe:

- ☐ Die persönlichen, häuslichen Umstände gefährden den Heilungserfolg

weitere Gründe: _____

_____

Ärztlich verordnet:

_____

Datum / Stempel / Unterschrift