

# Kostengutsprache-Gesuch für stationäre kardiale Rehabilitation

zu Händen des Vertrauensarztes

## Personalien Patient:

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

## Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Spitaleintritt (TT/MM/JJJJ)

I. Pat. nach  Chirurgischem Eingriff am Herzen oder thorakaler Aorta, zutreffende Hauptkriterien:

Pat. > 70jährig

ventr. EF  $\leq$  40%

IPS-Aufenthalt resp. spez. Überwachung  $\geq$  3 Tage)

II. Pat. nach  perkutaner Intervention, zutreffende Hauptkriterien:

Klappenersatz bei Pat. > 75j.

Herzinsuffizienz NYHA III oder IV

rhythmogen instabile Situation

III. Pat. nach  Hospitalisation nach Herzkrankheit ohne Eingriff, zutreffende Hauptkriterien:

grosser Infarkt

Herzinsuffizienz NYHA III oder IV

Diagnose:

Weiter eventuell zutreffende Nebenkriterien (gilt für alle 3 Pat.-Kategorien):

postoperative Komplikationen

ADL eingeschränkt

ungünstige Wohnsituation<sup>1</sup>

Zugang zu ambulanter Rehabilitation nicht zumutbar<sup>1</sup>

relevante Komorbidität

<sup>1</sup> gemäss Kriterienempfehlung Arbeitsgruppe "kardiale Rehabilitation SGV"

Dauer der beantragten stationären Rehabilitation (in Tagen)

Eintritt geplant per (TT/MM/JJJJ)

Name der Rehabilitationsklinik:

in (Ort):

## Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:.....

Stempel/Unterschrift:.....