

ANMELDUNG CASE MANAGEMENT IMN/AIM

(Patient und Fallführer vorgängig informieren)

Anmeldung senden an: casemanagement.hirslanden@hirslanden.ch

PATIENTIN: _____

GEB. DATUM: _____

FALLFÜHRER/TEAM: _____

TELEFON FÜR RÜCKFRAGEN: _____

NEUROLOGISCHE DEFIZITE/FUNKTIONSEINSCHRÄNKUNGEN

ANGESTREBTES AUSTRITTSDATUM: _____

SITZWACHE: JA NEIN

CHEMOTHERAPIE GEPLANT: JA NEIN

RADIODIAGNOSTIK GEPLANT: JA NEIN

AUFTRAG

STATIONÄRE REHABILITATION (Rehapotenzial muss vorhanden sein!): _____

ÜBERGANGSPFLEGE, ALTERS-/PFLEGEHEIM

PALLIATIVE INSTITUTION

KUR

SONSTIGES: _____

ALLGEMEINE BEMERKUNGEN/INFOS