

# **Einweisungszeugnis für Clinica Holistica Engiadina, Plaz 40, 7542 Susch**

→ bitte direkt zustellen per Post oder an Fax 081 300 26 96

## **Wichtiger Hinweis aufgrund Coronavirus-Situation: Eingeschränkte Aufnahme von besonders gefährdeten Personen**

Das neue Coronavirus ist für Ältere Menschen, Schwangere Frauen und für alle mit einer Vorerkrankung besonders gefährlich. Sie können schwer erkranken. Sie müssen wir besonders schützen.

Mit einer dieser Vorerkrankungen ist man besonders gefährdet:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen
- Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen
- Krebs
- Adipositas Grad III (morbid, BMI  $\geq 40\text{kg/m}^2$ )
- Leberzirrhose
- Chronische Nierenerkrankung

**Um diese Personengruppe besonders zu schützen, nehmen wir besonders gefährdete Personen nur nach einer ausführlichen Abklärung auf!**

**Bitte senden Sie uns ausserdem eine aktuelle somatische Diagnose- und Medikationsliste des/der PatientIn bzw. halten Sie ggf. mit dem Hausarzt / der Hausärztin Ihres/r PatientIn Rücksprache.**

# Einweisungszeugnis für Clinica Holistica Engiadina, Plaz 40, 7542 Susch

→ bitte direkt zustellen per Post oder an Fax 081 300 26 96

## Zuweiser

Titel/Name/Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Kanton \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

GLN-Nr. \_\_\_\_\_ ZSR-Nr. \_\_\_\_\_

## Patient

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Kanton \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Krankenkasse KVG \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkasse VVG \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

Klasse  Allgemein  Halbprivat

Allgemein ganze Schweiz  Privat

Einweisungsgrund / Begründung Spitalbedürftigkeit

Diagnosen (ICD-10F...)

Behandlungsauftrag

Bisherige ambulante Therapien

Aktuelle Medikation mit Dosierung

Anmeldung VG Plus (bitte Schläfrigkeitsfragebogen ESS und STOP BANG mitschicken oder dem/der PatientIn mitgeben)

Datum

---

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes

---