

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 Personen ab 65 Jahre, Schwangere 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 Atemwegserkrankungen
- Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen
- Krebs
- Adipositas Grad III (morbid, BMI $\geq 40\text{kg/m}^2$)

Im Sinne des Gesetzes gibt es keine Risikogruppen mehr. Aus medizinischer Sicht haben Personen mit den genannten Vorerkrankungen leider immer noch ein erhöhtes Risiko eines schweren Verlaufs einer COVID-19-Erkrankung und gelten medizinisch weiterhin als Risikogruppe.

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

Bei Unsicherheiten diesbezüglich bitten wir Sie uns zusätzlich die somatischen Diagnosen mitzuteilen (Diagnose- und Medikationsliste der Zuweisung beifügen) 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 _____

EAN-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
