



## Anmeldung für klinisch-stationäre Aufnahme

---

Name, Geburtsdatum, Adresse, Geschlecht

Tel. P. \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Grundversicherung) \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

**Versicherungsklasse**     Allgemein     Allgemein ganze Schweiz     Halbprivat     Privat

**Abteilung** (bitte nur **eine** Hauptindikation ankreuzen)

- |   |                                      |                                       |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kardiologie                  | <input type="checkbox"/> Pneumologie | <input type="checkbox"/> Dermatologie |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatik   Psychiatrie* | <input type="checkbox"/> Pädiatrie   | <input type="checkbox"/> Sonstiges    |

Aufnahmediagnose \_\_\_\_\_ ICD10 \_\_\_\_\_

gewünschtes Eintrittsdatum \_\_\_\_\_ geplante Aufenthaltsdauer \_\_\_\_\_

### Diagnosen

---

\* Ein Teil der psychosomatischen Station der Hochgebirgsklinik Davos wird in unmittelbar angrenzenden Gebäuden auf dem Klinikareal (kurze Gehdistanz) betrieben. Alle Patientinnen und Patienten werden in Einzelzimmern untergebracht. Die pflegerische Betreuung sowie das interdisziplinäre Therapieprogramm sind in allen Gebäuden identisch. Zimmerwünsche oder Zimmerwechsel sind nicht möglich. Bitte vermerken Sie bei der Anmeldung auf Seite 2 medizinisch relevante Einschränkungen (z. B. Mobilitätslimitationen oder Sauerstoffbedarf), damit die Zuteilung entsprechend geplant werden kann.



## Diagnosen (Fortsetzung)

### Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- ambulante Behandlung nicht ausreichend

(Elektronische) Unterschrift / E-Mail / Stempel einweisende/r Ärztin/Arzt

### Grad der Behinderung

- selbstständig
- bedarf geringer Hilfeleistung
- geht mit Stockhilfe
- rollstuhlgebunden
- bedarf intensiver Hilfeleistung
- bettlägerig
- Sauerstoffbedarf

### Beilagen

- Arztbericht
- Pflegebericht

**Bitte füllen sie dieses Formular vollständig aus, damit eine rasche Bearbeitung gewährleistet werden kann.**

**Leiten Sie es bitte **unbedingt zusammen mit Ihrem Arztbericht** an die Hochgebirgsklinik Davos weiter.**

Hochgebirgsklinik Davos, Patientenaufnahme, Herman-Burchard-Str. 1, 7265 Davos Wolfgang,  
Telefon +41 81 417 19 00, E-Mail [patient@hgk.ch](mailto:patient@hgk.ch) (HIN)

