

## Anmeldung zur stationären Rehabilitation



Berner Klinik Montana  
Patientenanmeldung  
Imp. Palace Bellevue 1  
3963 Crans-Montana

Tel. Nr. 027 485 52 88  
Fax Nr. 027 485 52 95  
(HIN secured) admissions@bernerklinik.ch  
www.bernerklinik.ch

**Bitte senden sie uns das vollständig ausgefüllte Formular zurück.**

**Kostengutsprache:** Wir bitten sie, die Kostengutsprache bei der Krankenkasse und falls nötig für ausserkantonale Patienten, auch beim Kanton einzuholen.

**Medizinische Dokumente:** Bitte die vollständigen medizinischen Dokumente (inkl. Arztbericht, Laborresultate, Konsilien und Röntgenbilder usw.) so schnell wie möglich an das medizinische Sekretariat senden:  
Fax: **027 485 52 79** E-Mail: **med.sekretariat@bernerklinik.ch** (HIN secured)

**Spitäler / Kliniken:** Bitte der Anmeldung unbedingt ein **Patientenstammblatt** beilegen.

**Wichtig:** Aufenthalt muss vor Eintritt von der Berner Klinik schriftlich bestätigt werden.

Bei Unklarheiten zögern Sie bitte nicht uns zu kontaktieren.

### PATIENTENDATEN

**Name:** **Vorname:**  
**Geburtsdatum:**  männlich  weiblich  
**Adresse:** **PLZ/Ort:**  
**Tel. Nr.:** **Wohnkanton:**  
**Hausarzt:** **Tel . Nummer:**

### VERSICHERUNG

**Klasse:**  privat  halbprivat  allgemein  ganze Schweiz  
Zimmerzuschlag  1er Zi (CHF 110.- p/T)  1er Zi (CHF 185.- p/T)  
 2er Zi (CHF 90.- p/T)  
**Grundversicherung:** **Vers. Nummer:**  
**Zusatzversicherung:** **Vers. Nummer:**  
AHV-Nummer:

### ANREISE

privat  Bus ab Bern, jeden Tag, auf Anfrage (50.-)  
 Bus ab Biel, jeden Dienstag und Donnerstag oder auf Anfrage (60.-)  
 Bus ab St. Imier (und Sonceboz auf Anfrage) am Mittwoch (70.-)  
reist mit  Rollstuhl  Rollator  anderes

### REHABILITATION (Bitte nur eine Fachrichtung ankreuzen)

**Fachrichtung:**  Neurologie  Innere Medizin / Onkologie  Muskuloskeletal  Psychosomatik  
**Behandlungsgrund:**  Krankheit  Unfall **OP-Datum:** **Spital:**  
**Wo befindet sich der Patient vor Eintritt in die Berner Klinik**  zu Hause  Spital / Klinik  
**Voraussichtliche Aufenthaltsdauer:** (in Wochen) **Gewünschtes Eintrittsdatum:**

### DIAGNOSE

**Relevante Diagnosen / Probleme:**

