

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: | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich |
| Adresse: | PLZ/Ort: |
| Tel. Nr.: | Wohnkanton: |
| Hausarzt: | Tel . Nummer: |

VERSICHERUNG

| | | | | |
|----------------------------|------------------------------|---|---|--|
| Klasse: | <input type="radio"/> privat | <input type="radio"/> halbprivat | <input type="radio"/> allgemein | <input type="checkbox"/> ganze Schweiz |
| Zimmerzuschlag | | <input type="checkbox"/> 1er Zi (CHF 110.- p/T) | <input type="checkbox"/> 1er Zi (CHF 185.- p/T) | |
| | | | <input type="checkbox"/> 2er Zi (CHF 90.- p/T) | |
| Grundversicherung: | | | Vers. Nummer: | |
| Zusatzversicherung: | | | Vers. Nummer: | |
| AHV-Nummer: | | | | |

ANREISE

| | |
|------------------------------|--|
| <input type="radio"/> privat | <input type="radio"/> Bus ab Bern, jeden Tag, auf Anfrage (50.-) <input type="radio"/> Bus ab Biel, jeden Dienstag und Donnerstag oder auf Anfrage (60.-) <input type="radio"/> Bus ab St. Imier (und Sonceboz auf Anfrage) am Mittwoch (70.-) |
| reist mit | <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> anderes |

REHABILITATION (Bitte nur eine Fachrichtung ankreuzen)

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

DIAGNOSE

Relevante Diagnosen / Probleme:

MEDIZINISCHE DATEN

Medikamente (ggf. Liste als Anlage ausfüllen oder beilegen):

Bisherige Therapien:

Rehabilitationsziele:

Begründung für stationäre Rehabilitation:

- Die Pflege zuhause ist nicht möglich
- Die ambulanten Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft
- Die benötigte Therapieintensität ist ambulant nicht möglich

Einschränkungen

| | Sehr eingeschränkt Problematisch | Teilweise eingeschränkt | Nicht eingeschränkt Unproblematisch | Nicht beurteilbar/Bemerkungen |
|--|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--|
| Transfer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Mobilität mit Hilfsmittel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Ohne Hilfsmittel <input type="radio"/> Rollstuhlpatient <input type="radio"/> Geht mit Stockhilfe oder Rollator |
| Für sich selbst sorgen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Kontinenz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Schlucken | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Sprach-/Sprechstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Interaktion mit anderen Menschen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Arbeit/Ausbildung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> Rente |
| Teilnahme am gesellschaftlichen Leben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Beanspruchung der Angehörigen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Orientierung / Kognition | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

- Besonderes:**
- O₂
 - Isolation
 - Kost Schluckstörungen
 - Wunden
 - Multiresistente Erreger (MRSA, VRE, ...)
 - Allergien
 - Drainagen
 - Welche:
 - anderes:
- Zugänge:**
- PEG
 - Nasogastrale Sonde
 - Trachealkanüle ohne Cuff
 - Transurethaler Katheter
 - Suprabischer Katheter

KONTAKTDATEN

Einweisender Arzt / Spital:

Tel. Nummer Arzt:

Tel. Nummer Pflege:

Ort und Datum:

Stempel/Unterschrift: