

Demande de séjour pour réadaptation stationnaire



Clinique Bernoise Montana
Admissions
Imp. Palace Bellevue 1
3963 Crans-Montana

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

Merci de bien vouloir nous retourner ce formulaire dûment rempli.

Garantie de paiement: Nous vous prions de faire la demande de garantie de paiement auprès de la caisse-maladie et si nécessaire pour les patients hors canton, également auprès du canton .

Documents médicaux: Les documents complets (y compris rapports médicaux, résultats de laboratoire, radio, etc.) doivent parvenir dans les plus brefs délais à notre secrétariat médical:
Fax: **027 485 52 79** E-mail: **med.sekretariat@bernerklinik.ch** (HIN secured)

Hôpitaux / Cliniques: La fiche des données personnelles du patient doit impérativement être jointe à cette demande.

Important: Le séjour est considéré comme accepté uniquement après confirmation écrite de notre part.

Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter au 027 485 52 88.

DONNÉES PATIENT

Nom:	Prénom:
Date de naissance:	<input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin
Adresse:	NPA / Lieu:
N° Tél:	Canton de domicile:
Médecin de famille:	N° Tél:

ASSURANCES

Classe:	<input type="radio"/> privé	<input type="radio"/> Demi-privée	<input type="radio"/> Commune	<input type="checkbox"/> Toute la Suisse
Suppl. de chambre	<input type="checkbox"/> ch. seule (CHF 110.- p/J)	<input type="checkbox"/> ch. seule (CHF 185.- p/J)	<input type="checkbox"/> ch. à 2 (CHF 90.- p/J)	
Assurance de base:	N° Ass. :			
Ass. complémentaire:	N° Ass. :			
N° AVS:				

TRANSPORT

<input type="radio"/> privé	<input type="radio"/> Bus depuis Berne, tous les jours, sur demande (50.-)
	<input type="radio"/> Bus depuis Bienne, tous les mardis et jeudis ou sur demande (60.-)
	<input type="radio"/> Bus depuis St-IMier (et Sonceboz sur demande) le mercredi (70.-)
voyage avec	<input type="checkbox"/> Chaise roulante <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> autre

RÉADAPTATION (ne cocher qu'une seule spécialisation)

Spécialisation:	<input type="radio"/> Neurologie	<input type="radio"/> Médecine interne / Oncologie	<input type="radio"/> Musculo-squelettique	<input type="radio"/> Psychosomatique
Motif:	<input type="radio"/> Maladie	<input type="radio"/> Accident	Date d'opération:	Hôpital:
Où se trouve le patient avant son entrée à la Clinique Bernoise?	<input type="radio"/> à la maison <input type="radio"/> Hôpital / Clinique:			
Durée de séjour prévue:	(en semaines)	Date d'entrée souhaitée:		

DIAGNOSTIC

Diagnostics principaux / Problèmes:

DONNÉES MÉDICALES**Médicaments (joindre éventuellement la liste en annexe):****Thérapies actuelles:****Objectifs de réadaptation****Justification pour un séjour stationnaire:**

- Les soins à domicile sont impossibles
 Les possibilités de thérapies ambulatoires sont épuisées
 L'intensité des thérapies n'est pas atteignable sous forme ambulatoire

Restrictions

	Très restreint Problématique	Partiellement restreint	Non- restreint Non-problématique	Non-évaluable / Remarques
Transfert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mobilité (évent. avec moyens auxiliaires)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sans moyen aux. <input type="radio"/> Patient en chaise <input type="radio"/> Patient avec cannes ou déambulateur
S'occuper de soi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Continence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Déglutition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Parole / Language	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Interaction avec les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Activités de la vie quotidienne (ADL)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Travail / Formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Rente
Participation à la vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sollicitation des proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Orientation / Cognition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Particularités:

- O₂
 Plaies
 Drainages

- Isolement
 Organismes multirésistants (MRSA, VRE)
 Si oui, lesquels:

Nourriture

- Troubles de la déglutition
 Allergies
 autres:

Voies:

- PEG
 Cathéter transurétal

- Sonde naso-gastrique
 Cathéter suprapubien

- Canule trachéale sans Cuff

DONNÉES DE CONTACT**Médecin / Hôpital envoyeur:****N° Tél. Médecin:****N° Tél. Soins:**

Lieu et date:

Timbre/Signature: