

## Anmeldung zur stationären Rehabilitation

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

Tel. 027 485 52 88  
 Fax 027 785 52 95  
 (HIN secured) admissions@bernerklinik.ch  
 www.bernerklinik.ch

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

**Kostengutsprache:** Wir bitten Sie, bei ausserkantonalen Patienten gegebenenfalls einen Garantieantrag beim betreffenden Kanton zu stellen.

**Documents médicaux :** 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 Montana schriftlich bestätigt werden.

Bei unklarheiten zögern Sie bitte nicht uns zu kontaktieren: Tel. 027 485 52 88

### PATIENTENDATEN

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

### 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: 756** .....

### ANREISE

privat  Bus ab Bern, jeden Tag, auf Anfrage(60.-)  
 Bus ab Biel, jeden Dienstag und Donnerstag oder auf Anfrage (70.-)  
 Bus ab St. Imier (und Sonceboz auf Anfrage) am Mittwoch (80.-)  
**reist mit**  Rollstuhl  Rollator  Andere

### REHABILITATION (Bitte nur eine Fachrichtung ankreuzen)

**Fachrichtung:**  
 Neurologie  Innere Medizin / Onkologie  Muskuloskelettal  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 Tagen):** **Gewünschte Eintrittsdatum:**

### DIAGNOSE

**Relevante Diagnosen/Probleme:**

.....

**MEDIZINISCHE DATEN**

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

.....

**Rehabilitationsziele :**

- Selbständige Rückkehr nach Hause
- Rückkehr nach Hause mit externer Hilfe
- Transfert in eine Institution (Heim, Wohngemeinschaft, usw.)
- Stärkung der Autonomie
- Schmerzmanagement

**Begründung für stationäre Rehabilitation:**

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

**PFLEGE BEDARF (vom Pflegepersonal auszufüllen)**

**Medizinische Ausrüstung:**

- Beatmung:**  Sauerstoff ... l/mn     B/C pap     Trachealkanüle ohne Cuff
- Verbände und Wunden:**
- Localisation : .....  VAC     Drainage (Typ und Material) : .....
- Voie veineuse :**  PAC     Picc-Line     Zentrale V.K.     Peripherer V.K.
- Parenterale Ernährung: .....  IV Antibiotikatherapie:
- Sonstiges: .....

**Besonderheiten:**

- Suizidgefährdung
  - Multiresistente Erreger (MRSA, VRE, ...)
  - Isolation: .....
- Wenn ja, welche: .....

	Sehr eingeschränkt Problematisch	Teilweise eingeschränkt	Nicht eingeschr. Unproblematisch	Nicht Bewertbar	Bemerkungen
Transfer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Hilfsmittel: .....
Mobilität (eventuell mit Hilfsmitteln)					<input type="radio"/> Ohne Hilfsmittel <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Geht mit Stockhilfe oder Rollator
Toilette / Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Oberkörper <input type="radio"/> Unterkörper
Kontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Blasen Katheter <input type="radio"/> Stoma <input type="radio"/> Suprapubischer Katheter
Schlucken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Textur: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Eingedicktes Getränk <input type="radio"/> Kleine, zarte Stücke <input type="radio"/> Fein gehackt, geschmiert <input type="radio"/> Gemixt
Ernährung (eigenständige Mahlzeit?)					<input type="radio"/> PEG / Naso-gastral / Jejunal Sonde Allergien: <input type="radio"/> Spezifische Diät: .....
Sprach-/Sprechstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Aphasie <input type="radio"/> Dysarthrie Muttersprache: .....
Interaktion mit anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientierung / Kognition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Weglauf Risiko <input type="radio"/> (Auto)Aggressivität

**Bemerkungen:** .....

**KONTAKTDATEN**

Einweisender Arzt / Spital: ..... Tel. Nummer Arzt: .....

Tel. Nummer Pflege: .....

Ort und Datum : ..... Stempel /Unterschrift: