

Anmeldung zur stationären Rehabilitation



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

Tel. 027 485 52 88
Fax 027 481 89 57
(HIN secured) admissions@bernerklinik.ch
www.bernerklinik.ch

Bitte senden sie uns das vollständig ausgefüllte 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:
E-mail : med.sekretariat@bernerklinik.ch (HIN secured)

Spitäler / Kliniken : Bitte der Anmeldung unbedingt ein **Patientenstammbuch** 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

OBus ab Bern, jeden Tag, auf Anfrage(60.-)

OBus ab Biel, jeden Dienstag und Donnerstag oder auf Anfrage (70.-)

OBus 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
- Suizidgefährdung

Begründung für stationäre Rehabilitation:

- Die Pflege zuhause ist nicht möglich
- Die benötigte Therapieintensität ist ambulant nicht möglich
- Suizidgefährdung
- Abhängigkeit Substanzkonsum
- Die ambulante Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft
- Wenn ja, welche:

PFLEGEBEDARF (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:

- Isolation
- Multiresistente Erreger
- 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?)					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: