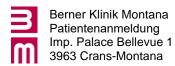
Anmeldung zur stationären Rehabilitation



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 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

Dei Ofikiameiten Zogem Sie bitt	e nicht uns zu kontaktieren. Tei. 021	403 32 00		
PATIENTENDATEN				
Name:		Vorname:		
Geburtsdatum:		O männlich O weiblich		
Adresse:		PLZ / Ort:		
Tel. Nr. :		Wohnkanton:		
Hausarzt:		Tel. Nummer Arzt:		
VERSICHERUNG				
Klasse: O privat	O halbprivat	O 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				
O privat	OBus ab Biel, jeden Dienstag u	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 n	ur eine Fachrichtung ankreuze	en)		
Fachrichtung: O Neurologie	O Innere Medizin / Onkologie	O Muskuloskelettal	O Psychosomatik	
Behandlungsgrund: O Krankheit O Unfall	OP-Datum:	Spital:		
Wo befindet sich der Patient vor Eintritt in die Berner Klinik?		O zu Hause O Spital/Klinil	k:	
Voraussichtliche Aufenthaltsdauer (in Tagen):		Gewünschte Eintrittsdatum:		
DIAGNOSE				
Relevante Diagnosen/Problem	ne:			

Einweisungs- und Kostengutsprachegesuch - Berner Klinik Montana 2/2 MEDIZINISCHE DATEN Aktuelle Medikamente (ggf. Liste als Anlage ausfüllen oder beilegen): Rehabilitationsziele: O Selbständige Rückkehr nach Hause O Stärkung der Autonomie O Rückkehr nach Hause mit externer Hilfe O Schmerzmanagement O Transfert in eine Institution (Heim, Wohngemeinschaft, usw. O Suizidgefährdung Begründung für stationäre Rehabilitation: ☐ Die ambulante Therapiemöglichkeiten sind ausgeschöpft ☐ Die Pflege zuhause ist nicht möglich ☐ Die benötigte Therapieintensität ist ambulant nicht möglich □ Suizidgefärdung ☐ Abhängigkeit Substanzkonsum Wenn ja, welche: PFLEGEBEDARF (vom Pflegepersonal auszufüllen) Medizinische Ausrüstung: O Sauerstoff ... I/mn O B/C pap O Trachealkanüle ohne Cuff Beatmung: Verbände und Wunden: O VAC ODrainage (Typ und Material): Localisation:..... O PAC O Zentrale V.K. O Picc-Line Voie veineuse: O Peripherer V.K. O Parenterale Ernährung: O IV Antibiotikatherapie: Sonstiges: Besonderheiten: O Isolation O Multiresistente Erreger Wenn ja, welche: Sehr eingeschränkt Teilweise Nicht eingeschr. Nicht Bemerkungen Problematisch eingeschkränkt Unproblematisch Bewertbar Transfer OHilfsmittel: 0 0 0 O Ohne Hilfsmittel Mobilität (eventuell mit O Rollstuhl Hilfsmitteln) O Geht mit Stockhilfe oder Rollator Toilette / Ankleiden П O Oberkörper O Unterkörper 0 0 0 O Blasen Katheter Kontinenz 0 0 0 O Stoma O Suprapubischer Katheter Textur: O Normal Eingedicktes Getränk 0 Schlucken 0 0 O Kleine, zarte Stücke O Fein gehackt, geschmiert O Gemixt PEG / Naso-gastral / Jejunal Sonde Ernährung (eigenständige Allergien: Mahlzeit? O Spezifische Diät: O Aphasie O Dysarthrie 0 0 0 Sprach-/Sprechstörung Muttersprache: \circ \circ 0 Interaktion mit anderen Teilnahme am 0 \bigcirc 0 gesellschaftlichen Leben 0 0 0 Orientierung / Kognition OWeglauf Risiko O (Auto)Aggressivität

KONTAKTDATEN		
Einweisender Arzt / Spital:	Tel. Nummer Arzt:	
	Tel. Nummer Pflege:	
Ort und Datum :	Stempel /Unterschrift:	