

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 Garantierantrag 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

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
☐ Transfer 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
- Wenn ja, welche:
- ☐ 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: ☐ Isolation☐ Multiresistente Erreger Wenn ja, welche:

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

Bemerkungen:**KONTAKTDATEN**

Einweisender Arzt / Spital: Tel. Nummer Arzt:

Tel. Nummer Pflege:

Ort und Datum : Stempel /Unterschrift: