|  |
| --- |
| An die Kranken-/Unfallversicherung:Adressemit Kopie an die Universitäre Neurorehabilitation Inselspital (bitte per E-Mail an cmneuroreha@insel.ch) |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum |  |

**GESUCH UM KOSTENGUTSPRACHE an die zuständigen Versicherungen und ANMELDUNG zur stationären Rehabilitation an die ärztliche Leitung der Rehabilitationsklinik**
**DEMANDE DE GARANTIE DE PRISE EN CHARGE DES COÛTS adressée aux assurances compétentes et DEMANDE de réadaptation stationnaire à la direction médicale de la clinique de réadaptation**

**Patientendaten:**

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Nom, prénom, date de naissance

Adresse:

Adresse:

Krankenversicherung:

Assurance maladie:

Versicherungsnummer:

Numéro d'assurance:

Zusatzversicherung:

Assurance complémentaire:

Garant und Versicherungsnummer:

Garant, Numéro d`assurance:

Versicherungsverhältnis:

Contrat d'assurance:

**Geplantes Austrittsdatum:** **Reha-Beginn:** **Reha-Dauer:**

Date de départ prévue Début de la réadaptation: Durée de la réadaptation: (semaines)

**Probleme / Diagnosen während Aufenthalt**

**Problèmes / Diagnostics durant le séjour**

**Therapie / Traitement**

**Prozedere / Suite du traitement**

**Zusätzliche Infos zur Medikation / Schmerzmanagement / Wundpflege und/oder Bemerkungen:**

**Informations supplémentaires sur la médication / la prise en charge de la douleur / les soins des plaies et/ou remarques:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | iv. Antibiotikatherapie während der Rehabilitation notwendigTraitement antibiotique IV nécessaire pendant la réadaptation  |
|  | KontaktisolationIsolement de contact  |  | TracheostomaTrachéostomie  |  | DialyseDialyse |  | SondenernährungNutrition par sonde  |

Weitere / Autres:

**Indikationen / Spitalbedürftigkeit gegeben durch:**

Indications / Nécessité d'hospitalisation due à:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | BewegungseinschränkungRestriction de la mobilité |  | SchmerztherapieTraitement de la douleur |  | WundbehandlungPrise en charge des plaies  |
|  | PflegebedarfBesoins en soins |  | TherapiebedarfBesoins thérapeutiques |
|  | Lebt alleine / abseits von medizinischer und therapeutischer VersorgungVit seul(e) / loin de soins médicaux et thérapeutiques |
|  | Wohnung mit baulichen Hindernissen (Treppe)Appartement comportant des obstacles d’ordre architectural |

Weitere / Autres:

**Ziele der Rehabilitation:**

Objectifs de la réadaptation:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | MobilisationMobilisation |  | Verbesserung der LebensqualitätAmélioration de la qualité de vie |
|  | Bett-Rollstuhl-MobilisationTransfert du lit à la chaise roulante |  | Rückkehr nach Hause (selbständig) ermöglichenPermettre le retour à domicile (autonomie) |
|  | Anpassung von HilfsmittelnAdaptation des moyens auxiliaires |  | Rückkehr nach Hause mit Spitex ermöglichenPermettre le retour à domicile avec Spitex |
|  | Umgang mit HilfsmittelnUtilisation de moyens auxiliaires |  | Rückkehr/Übertritt in Alters- und PflegeheimRetour / transfert dans un home pour personnes âgées |
|  | KrankheitsbewältigungGestion de la maladie |  |  |
|  | Förderung der Autonomie (Umgang mit Teilbelastung/Bewegungseinschränkung)Encouragement de l’autonomie (gestion d’une sollicitation partielle / restriction de la mobilité) |

Weitere / Autres:

**Pflegebedürftigkeit:**

Nécessité de soins:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fortbewegung / Locomotion |  | freilibre  |  | an Stöckensur des cannes |  | Rollator déambulateur  |  | Rollstuhlchaise roulante |
| Patientin / Patient / Patiente |  | ist bettlägerigest grabataire |  | ist verwirrtest confus(e) |  | benötigt Hilfe beim Aufstehen/Toiletteseulement avec une assistance |
|  |
|  | selbständigautonome | mit teilweiser Hilfeleistungavec une assistance partielle | nur mit Hilfeseulement avec une assistance |
| Essen / Alimentation |  |  |  |
| Waschen / Toilette |  |  |  |
| Ankleiden / Habillage |  |  |  |
| Wechsel Bett RollstuhlPassage du lit à la chaise roulante |  |  |  |

**Geriatrische Multimorbidität** (relevante Begleiterkrankungen/Probleme) (nur bei geriatrischer Reha**)**

Multimorbidité gériatrique (comorbidités/problèmes importants)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | kognitive EinschränkungRestriction cognitive |  | leichtlégère |  | schwergrave |  |
|  | Mobilitäts- und Gleichgewichtsstörung / Trouble de la mobilité et de l'équilibre |
|  | Fehl- und Mangelernährung / Malnutrition et carences |
|  | Inkontinenz / Incontinence |
|  | Störung der SinnesorganeTrouble des organes des sens |  | VisuseinschränkungRestriction de la vision |  | HörstörungTrouble auditif  |
|  | psychische Störung / Trouble psychique |
|  | allgemeine Gebrechlichkeit und schwierige KontextfaktorenFragilité générale et facteurs contextuels difficiles |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift (sowie Name und Vorname) des zuweisenden Arztes Tel-Nr. für Rückfragen:  |