|  |
| --- |
| An die Kranken-/Unfallversicherung:  Adresse  mit Kopie an die Universitäre Neurorehabilitation Inselspital  (bitte per E-Mail an [cmneuroreha@insel.ch](mailto: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 notwendig  Traitement antibiotique IV nécessaire pendant la réadaptation | | | | | | |
|  | Kontaktisolation  Isolement de contact |  | Tracheostoma  Trachéostomie |  | Dialyse  Dialyse |  | Sondenernährung  Nutrition par sonde |

Weitere / Autres:

**Indikationen / Spitalbedürftigkeit gegeben durch:**

Indications / Nécessité d'hospitalisation due à:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bewegungseinschränkung  Restriction de la mobilité |  | Schmerztherapie  Traitement de la douleur |  | Wundbehandlung  Prise en charge des plaies |
|  | Pflegebedarf  Besoins en soins |  | Therapiebedarf  Besoins thérapeutiques | | |
|  | Lebt alleine / abseits von medizinischer und therapeutischer Versorgung  Vit 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Mobilisation  Mobilisation |  | Verbesserung der Lebensqualität  Amélioration de la qualité de vie |
|  | Bett-Rollstuhl-Mobilisation  Transfert du lit à la chaise roulante |  | Rückkehr nach Hause (selbständig) ermöglichen  Permettre le retour à domicile (autonomie) |
|  | Anpassung von Hilfsmitteln  Adaptation des moyens auxiliaires |  | Rückkehr nach Hause mit Spitex ermöglichen  Permettre le retour à domicile avec Spitex |
|  | Umgang mit Hilfsmitteln  Utilisation de moyens auxiliaires |  | Rückkehr/Übertritt in Alters- und Pflegeheim  Retour / transfert dans un home pour personnes âgées |
|  | Krankheitsbewältigung  Gestion 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 | |  | frei  libre | |  | an Stöcken  sur des cannes | | |  | Rollator déambulateur | |  | Rollstuhl  chaise roulante |
| Patientin / Patient / Patiente | |  | ist bettlägerig  est grabataire | | | |  | ist verwirrt  est confus(e) |  | benötigt Hilfe beim Aufstehen/Toilette  seulement avec une assistance | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | selbständig  autonome | | | mit teilweiser Hilfeleistung  avec une assistance partielle | | | | | | | nur mit Hilfe  seulement avec une assistance | | |
| Essen / Alimentation |  | | |  | | | | | | |  | | |
| Waschen / Toilette |  | | |  | | | | | | |  | | |
| Ankleiden / Habillage |  | | |  | | | | | | |  | | |
| Wechsel Bett Rollstuhl  Passage du lit à la chaise roulante |  | | |  | | | | | | |  | | |

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

Multimorbidité gériatrique (comorbidités/problèmes importants)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | kognitive Einschränkung  Restriction cognitive |  | leicht  légère |  | schwer  grave | |  |
|  | Mobilitäts- und Gleichgewichtsstörung / Trouble de la mobilité et de l'équilibre | | | | | | |
|  | Fehl- und Mangelernährung / Malnutrition et carences | | | | | | |
|  | Inkontinenz / Incontinence | | | | | | |
|  | Störung der Sinnesorgane  Trouble des organes des sens |  | Visuseinschränkung  Restriction de la vision | |  | Hörstörung  Trouble auditif | |
|  | psychische Störung / Trouble psychique | | | | | | |
|  | allgemeine Gebrechlichkeit und schwierige Kontextfaktoren  Fragilité générale et facteurs contextuels difficiles | | | | | | |

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