**AUFNAHMEANTRAG UND GARANTIEANTRAG FÜR REHABILITATIVE BETREUUNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **ÜBERWEISUNGSANTRAG** | Zu Händen von  **Servizio gestione pazienti**  **Clinica Hildebrand**  **Centro di riabilitazione Brissago**  Via Crodolo  CH-6614 Brissago  [**richieste.garanzia@clinica-hildebrand.ch**](mailto:richieste.garanzia@clinica-hildebrand.ch) |
|  |
| Überweisender Arzt (Vor- und Nachname leserlich  oder Stempel):  Dr. med. |
| **Unser Zeichen:** | , |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vor- und Nachname:**    **Geburtsdatum:**       /      /  **Adresse:**        **Telefon:**  **Muttersprache:** | **Behandelnder Arzt:**  **Garant:**  **Versicherungsnr.:**        **Versicherungsklasse des Patienten:**  **Soziale Versicherungsnummer (Nr. AVS)** |
| **Der Patient spricht und versteht Italienisch? Ja**  **Nein** | |

Verehrter Kollege,

für den/die obengenannte/n Patienten/in, der/die sich aufgrund von  in seit       befindet, leite ich den Garantieantrag und den Aufnahmeantrag zur Behandlung von  für , in der Klinik/Institut:  weiter.

Hiermit, zusammen mit den Diagnosen, den anamnestischen Anmerkungen bezüglich des Grundes und den in unserem Besitz befindlichen rehabilitatorischen Anweisungen, informieren wir Sie, unter Beachtung des Art. 32 KGV, über die rehabilitativen Ziele, über die Eingriffe und die ungefähren Zeiten, um sie zu erreichen. Der Patient wurde über den Zweck dieses Formulars informiert. Er erteilt hiermit C die Ermächtigung, die in den medizinischen Aufzeichnungen enthaltenen Gesundheitsinformationen und persönlichen Daten dem obengenannten, zur Verarbeitung dieser Daten befugten medizinischen Fachpersonal, weiterzugeben.

Die Bearbeitung der Daten, auf die sich dieses Formular bezieht, erfolgt in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Bundesgesetzes (LDP, RS 235.1), des Kantonsgesetzes (LPDP, RL 163.100), des Gesundheitsgesetzes (LSan, RS 801.100) sowie späteren Änderungen und Ergänzungen.

**HAUPTDIAGNOSE**

*(Es ist eine Kohärenz zwischen der Diagnose und den Behandlungen, die vom Institut, in das der Patient verlegt wird, angeboten werden, notwendig)*

**SEKUNDÄRDIAGNOSE**

*(Maximal 3 Sekundärdiagnosen angeben)*

**WICHTIGE INFORMATION:  
 Patient benötigt Isolation, weil er Träger multiresistenter Keime ist**, bitte angeben:

**DURCHGEFÜHRTER EINGRIFF UND/ODER BEHANDLUNG**

*(Den Haupteingriff und maximal 3 Sekundäreingriffe angeben)*

**THERAPIE**

*(Orale Therapie, s/c, i/v, Sauerstoff, Inhalation, Transdermalpflaster angeben)*

**FUNKTIONALE DEFIZITE / AKTUELLE BEHINDERUNG**

|  |  |
| --- | --- |
| große Abhängigkeit von Hilfe bei Verrichtungen des alltäglichen Lebens | kognitive-verhaltensbedingte Defizite |
| Gehbehindert | Atmungsstörungen |
| Transfer ohne Hilfe unmöglich | Dysphagie |
| Gleichgewichtsstörungen mit Sturzgefahr | Sonstiges (bitte angeben): |

**GRÜNDE, WEGEN DERER DIE ZIELE MIT AMBULANTEN BEHANDLUNGEN NICHT ERREICHBAR SIND**

|  |  |
| --- | --- |
| Hämatom / Anschwellung/ Spannung der Wunde  kein Zugang zu ambulanten Behandlungen  schwerwiegende einschränkende Schmerzhaftigkeit  psychologisch labil  komplizierter Verlauf mit Infektionen/ Algodystrophie / Dekubitus | unzureichende Stabilität für das Training  unkontrollierte Komorbidität mit schwerwiegenden oder mehrfachen Krankheitserscheinungen  Krankheitsbild ist resistent gegen ambulante Therapien |

**ZIELE DER BEHANDLUNG**

|  |  |
| --- | --- |
| unabhängige Ausführung und/oder Verbesserung der **basalen** und/oder **instrumentellen Aktivitäten** des **Alltags**  Einschätzung, Verschreibung und Ausbildung zur ordnungsgemäßen Verwendung von **Hilfsmitteln, Prothesen**, **Orthesen**  Rehabilitation und/oder Verbesserung des **Gehens** und/oder der **posturalen Stabilität**  Rehabilitation/Ausbildung für **Transfers**  Prävention der **Sturzgefahr**  Wiederherstellung und/oder Verbesserung der **Schluck- und Ernährungsfunktion**  Korrektur der **Mangelernährung**  Wiederherstellung und/oder Verbesserung der **kognitiven Funktionen** (Aufmerksamkeit, Gedächtnis,Denkvermögen)  Wiederherstellung und/oder Verbesserung **der Funktionen der Sprache und der Kommunikation**  Aufrechterhaltung oder Wiedereinführung ins **Arbeitsumfeld** | **physische Rehabilitation/kognitive Verbesserung**, um den Zustand des Patienten zu Hause zu verbessern  **Fortführung der Behandlungen** unter ärztlicher Aufsicht nach  einer akuten Krankheit /  einem chirurgischen Eingriff  Einschätzung der Therapie einer **chronischen Erkrankung** unter ständiger Aufsicht  Reaktivierung unter ärztlicher Aufsicht nach einem **Trauma**  **Palliative Behandlungen**  Vermeidung von **chirurgischen Eingriffen**  **Schmerztherapie**  Therapie/funktionelle Behandlung der **Verletzung**  Verbesserung der **Belastungstoleranz, der Symptome der Angina und der Herzinsuffizienz**  Korrektur/ Verbesserung des **kardiovaskulären Risikoprofils** |
| sonstiges (die zu rehabilitierenden/reaktivierenden Funktionen auflisten): | |

**EINSCHÄTZUNG DER LÄNGE DES AUFENTHALTS, UM DIE ZIELE ZU ERREICHEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| bis zu 2 Wochen | 3 bis 4 Wochen | 6 bis 8 Wochen |
| 2 bis 3 Wochen | 4 bis 6 Wochen | mehr als 8 Wochen |

**RÜCKKEHR NACH HAUSE**

|  |
| --- |
| sicher  wahrscheinlich  nicht wahrscheinlich  Bewohner eines Altersheims (angeben welches):  anderes Institut (angeben welches): |

**ANDERE BEOBACHTUNGEN VON KLINISCH-REHABILITATIVEM INTERESSE**

**ANHÄNGENDE FACHBERICHTE UND RADIOLOGISCHE UNTERLAGEN**

Hiermit bestätige ich, dass eine Kopie dieses Dokuments, zusammen, falls notwendig, mit den Fachberichten an den Vertrauensarzt des Garanten verschickt werden kann. Ich stehe gern für weitere Informationen zur Verfügung. In Erwartung einer positiven Antwort nutze ich die Gelegenheit zur Übermittlung von kollegialen Grüßen.

Stempel: .......................................... Unterschrift des Arztes: ……..………………………….………....

**ANHANG FÜR DEN AUFNAHMEANTRAG**

**VERTRAULICH**

***(Dokument, das nur an das Pflegeinstitut, zum dem der Patient nach der Krankenhausentlassung transferiert wird, verschickt wird)***

**FUNKTIONELLES UND KOGNITIVES DEFIZIT / AKTUELLE BEHINDERUNG\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atmung:** | Eupnoisch  Sauerstofftherapie  Tracheostomie  Dyspnoisch  Inhalationen  Einatmung | | | | | |
| **Körperpflege:** | Autonom  Teilw. Hilfe am Waschbecken  Vollst. Hilfe am Waschbecken  Kompl. Toilette im Bett  Hilfe bei Dusche/Bad | | | Patient benötigt eine **Dekubitusmatratze**  Patient hat **Wunden/Verletzungen**,  angeben:  VAC-Therapie:  Ja  Nein | | |
| **Mobilisierung\*\*:** | Autonom  Teilw. abhängig  Kompl. abhängig  Sonstiges | Rollstuhl  Gehhilfe  Krücken/Stock  Rollator  Kein Hilfsmittel | | | | Der Patient benötigt **Ruhigstellung**smaßnahmen, angeben: |
| **Ernährung:** | Autonom  Füttern  Zum Essen und Trinken anreizen  **Dysphagie** bei:  Flüssigem  Festem | | | | Diät:    Sonde/PEG  Art der Ernährung:    kcal: | |
| **Ausscheidung:** | Intestinale Ausscheidung:  Kontinent  Inkontinent  Ostomie | | Blasenausscheidung:  Kontinent  Inkontinent  Ostomie  Blasenkatheter | | | |
| **Kognitives Defizit:** | Wachsam  Nicht mitarbeitend  Schwankende Aufmerksamkeit  Orientiert  Desorientiert ( Tag  Nacht)  Mitarbeitend | | | | | |
| **Weitere wichtige Informationen:** | Patient **dialysiert**,  angeben wie häufig:        Morgens  Nachmittags | | | | | |

**SOZIALE SITUATION**

|  |
| --- |
| Mit wem lebt er:  allein  Kinder  Ehegatte/Partner  andere Person |
| Ansprechpartner: Nachname:       Vorname:  Adresse:        Nützliche Telefonnummern:  Verwandtschaftsverhältnis: |
| Zu aktivierende/reaktivierende Leistungen bei der Entlassung:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Haushaltshilfe  zu aktivieren  aktiviert | Krankenpflege  zu aktivieren  aktiviert | Essen auf Rädern  zu aktivieren  aktiviert | Hospiz  zu aktivieren  aktiviert | | Sonstige Leistungen: | | | | |

|  |
| --- |
| **Datum des mutmaßl. Transfers:**      **Datum der nächsten Facharztuntersuchung:** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** Die Antworten müssen mit den Angaben im Bereich “FUNKTIONELLE DEFIZITE /AKTUELLE BEHINDERUNGEN” des Garantieantrags übereinstimmen.

\*\*Obligatorisches Feld. Geben Sie bitte immer das Hilfsmittel an, welches vom Patienten benötigt wird.