

Aufnahmeantrag und Garantierantrag für rehabilitative Betreuung

ÜBERWEISUNGSANTRAG

Zu Händen von
Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli
Riabilitazione cardiovascolare
6500 Bellinzona

Überweisender Arzt (Vor- und Nachname leserlich
oder Stempel):

Unser Zeichen: ,

Vor- und Nachname:

Behandelnder Arzt:

Garant:

Geburtsdatum: / /

Versicherungsnr.:

Adresse:

Versicherungsklasse des Patienten:

Telefon:

Soziale Versicherungsnummer (Nr. AVS)

Muttersprache:

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 Garantierantrag 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.

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Abhängigkeit von Hilfe bei Verrichtungen des alltäglichen Lebens | <input type="checkbox"/> kognitive-verhaltensbedingte Defizite |
| <input type="checkbox"/> Gehbehindert | <input type="checkbox"/> Atmungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Transfer ohne Hilfe unmöglich | <input type="checkbox"/> Dysphagie |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen mit Sturzgefahr | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): |

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

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

ZIELE DER BEHANDLUNG

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> unabhängige Ausführung und/oder Verbesserung der basalen und/oder instrumentellen Aktivitäten des Alltags
<input type="checkbox"/> Einschätzung, Verschreibung und Ausbildung zur ordnungsgemäßen Verwendung von Hilfsmitteln, Prothesen, Orthesen
<input type="checkbox"/> Rehabilitation und/oder Verbesserung des Gehens und/oder der posturalen Stabilität
<input type="checkbox"/> Rehabilitation/Ausbildung für Transfers
<input type="checkbox"/> Prävention der Sturzgefahr
<input type="checkbox"/> Wiederherstellung und/oder Verbesserung der Schluck- und Ernährungsfunktion
<input type="checkbox"/> Korrektur der Mangelernährung
<input type="checkbox"/> Wiederherstellung und/oder Verbesserung der kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Denkvermögen)
<input type="checkbox"/> Wiederherstellung und/oder Verbesserung der Funktionen der Sprache und der Kommunikation
<input type="checkbox"/> Aufrechterhaltung oder Wiedereinführung ins Arbeitsumfeld

<input type="checkbox"/> sonstiges (die zu rehabilitierenden/reaktivierenden Funktionen auflisten): | <input type="checkbox"/> physische Rehabilitation/kognitive Verbesserung , um den Zustand des Patienten zu Hause zu verbessern
<input type="checkbox"/> Fortführung der Behandlungen unter ärztlicher Aufsicht nach <input type="checkbox"/> einer akuten Krankheit / <input type="checkbox"/> einem chirurgischen Eingriff
<input type="checkbox"/> Einschätzung der Therapie einer chronischen Erkrankung unter ständiger Aufsicht
<input type="checkbox"/> Reaktivierung unter ärztlicher Aufsicht nach einem Trauma
<input type="checkbox"/> Palliative Behandlungen
<input type="checkbox"/> Vermeidung von chirurgischen Eingriffen
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie
<input type="checkbox"/> Therapie/funktionelle Behandlung der Verletzung
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Belastungstoleranz, der Symptome der Angina und der Herzinsuffizienz
<input type="checkbox"/> Korrektur/ Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils |
|--|---|

EINSCHÄTZUNG DER LÄNGE DES AUFENTHALTS, UM DIE ZIELE ZU ERREICHEN

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> bis zu 2 Wochen | <input type="checkbox"/> 3 bis 4 Wochen | <input type="checkbox"/> 6 bis 8 Wochen |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 3 Wochen | <input type="checkbox"/> 4 bis 6 Wochen | <input type="checkbox"/> 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

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

FUNKTIONELLES UND KOGNITIVES DEFIZIT / AKTUELLE BEHINDERUNG*

Atmung:	<input type="checkbox"/> Eupnoisch <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie <input type="checkbox"/> Tracheostomie <input type="checkbox"/> Dyspnoisch <input type="checkbox"/> Inhalationen <input type="checkbox"/> Einatmung		
Körperpflege:	<input type="checkbox"/> Autonom <input type="checkbox"/> Teilw. Hilfe am Waschbecken <input type="checkbox"/> Vollst. Hilfe am Waschbecken <input type="checkbox"/> Kompl. Toilette im Bett <input type="checkbox"/> Hilfe bei Dusche/Bad	<input type="checkbox"/> Patient benötigt eine Dekubitusmatratze <input type="checkbox"/> Patient hat Wunden/Verletzungen , angeben: VAC-Therapie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Mobilisierung**:	<input type="checkbox"/> Autonom <input type="checkbox"/> Teilw. abhängig <input type="checkbox"/> Kompl. abhängig <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Krücken/Stock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Kein Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Der Patient benötigt Ruhigstellungsmaßnahmen , angeben:
Ernährung:	<input type="checkbox"/> Autonom <input type="checkbox"/> Füttern <input type="checkbox"/> Zum Essen und Trinken anreizen <input type="checkbox"/> Dysphagie bei: <input type="checkbox"/> Flüssigem <input type="checkbox"/> Festem	<input type="checkbox"/> Diät: <input type="checkbox"/> Sonde/PEG Art der Ernährung: kcal:	
Ausscheidung:	Intestinale Ausscheidung: <input type="checkbox"/> Kontinent <input type="checkbox"/> Inkontinent <input type="checkbox"/> Ostomie	Blasenausscheidung: <input type="checkbox"/> Kontinent <input type="checkbox"/> Inkontinent <input type="checkbox"/> Ostomie <input type="checkbox"/> Blasenkatheter	
Kognitives Defizit:	<input type="checkbox"/> Wachsam <input type="checkbox"/> Nicht mitarbeitend <input type="checkbox"/> Schwankende Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> Orientiert <input type="checkbox"/> Desorientiert (<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht) <input type="checkbox"/> Mitarbeitend		
Weitere wichtige Informationen:	<input type="checkbox"/> Patient dialysiert , M D M D F S angeben wie häufig: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morgens <input type="checkbox"/> 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	Krankenpflege	Essen auf Rädern	Hospiz
<input type="checkbox"/> zu aktivieren	<input type="checkbox"/> zu aktivieren	<input type="checkbox"/> zu aktivieren	<input type="checkbox"/> zu aktivieren
<input type="checkbox"/> aktiviert	<input type="checkbox"/> aktiviert	<input type="checkbox"/> aktiviert	<input type="checkbox"/> 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.