



Anmeldung zur stationären Rehabilitation (Bett B)

Patientenfluss-Management (GFP)

T 026 306 34 50

GFP@h-fr.ch

Antrag zur Aufnahme mit expliziter Bewilligung des Vertrauensarztes/der Vertrauensärztin des Krankenversicherers (Anhang 1, Ziffer 11 KLV).

- Dieses Formular besteht aus 2 Seiten: Seite 1 ist vor der Aufnahme per E-Mail an den Vertrauensarzt/dienst des Krankenversicherers zu senden. Seite 2 ist nur für deren internen Gebrauch bestimmt.
- Bei Anträgen auf Palliativmedizin senden Sie dieses Formular nicht an den Versicherer: Die Zustimmung des Vertrauensarztes ist nicht erforderlich.
- Der Vertrauensarzt/dienst des Krankenversicherers antwortet umgehend per E-Mail innerhalb von 48 Stunden, ohne eine Garantiefrist anzugeben.

Patient-in

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Adresse	_____ PLZ/Ort	W M Geschlecht
_____ Patientennummer	_____ Eintrittsdatum	_____ Austrittsdatum
_____ Fall	_____ Abteilung	_____ Kategorie

Kostenträger

_____ Kostenträgernummer	_____ Name	_____ Adresse
-----------------------------	---------------	------------------

Hauptdiagnose / Datum und Typ der Intervention

--

Komorbiditäten, die für diesen Antrag relevant sind

--

Ziel für stationäre Rehabilitation

_____ Verbesserung der Mobilität
_____ ATL-Training
_____ Wiedererlangen der körperlichen Leistungsfähigkeit
_____ Autonomie-Abklärung
_____ Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit
_____ Palliativpflege
_____ Anderes
Gedächtnisstörungen ja nein

Autonomie-Profil

_____ Körperpflege	_____ Ankleiden	_____ Transfer	_____ WC-Benützung	_____ Kontinenz	_____ Ernährung
_____ Stimmungsschwankungen	ja	nein			

Selbstständig Mit Hilfe

_____ Spital/Klinik/Arzt/Zuweiser	_____ Angaben zur Kontaktperson für weitere Informationen
--------------------------------------	--

_____ Datum	_____ Typ der Rehabilitation	_____ Gewünschter Eintritt ins HFR
----------------	---------------------------------	---------------------------------------

Freiburger Spital

Die Aufnahme wird nach der Verfügbarkeit der Betten geplant. Der/die Patient-in hat keine Wahl des Standorts. Die Ablehnung des angebotenen Platzes bedeutet die Entlassung des Patienten/der Patientin.

Vorankündigung des Vertrauensarztes Rücksendung innerhalb von 48 Stunden, sonst gilt sie als angenommen. Bei Ablehnung

Begründung in einem separaten Schreiben.

Vorankündigung des Vertrauensarztes der Versicherung : akzeptiert abgelehnt

_____ Datum	_____ Stempel und Unterschrift des Vertrauensarztes
----------------	--

Patient-in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Entlassungsprojekt nach Rehabilitation Zuhause Platzierung Wohnsitz eines Angehörige Andere

Diverse Stuhl Rollator Stöcke Kolostomie Verband Sonde O₂/Aerosol Diät

Situation zuhause Lebt allein ja nein Geht aus dem Haus ja nein Von der Familie unterstützt ja nein

Bekannt von Spitex ja nein Region _____

Hausarzt _____ Tel. _____ Mail _____

Vorgeschichte, wichtige Ereignisse

Medikamente s. Anhang

Dieses Dokument bitte an folgende E-Mail Adresse senden: GFP@h-fr.ch