

## Anmeldung für die Neurorehabilitation

Vorgängig vom Vertrauensarzt des Krankenversicherers  
Kostengutsprache verlangen (Anhang 1, Ziffer 11 KLV)

**Patientenfluss-Management (Montag bis Freitag, 08.30 -17.30 Uhr)**

T: 026 306 34 50

E-Mail: [gfp@h-fr.ch](mailto:gfp@h-fr.ch)

**Für externe HFR-Patienten: ein negatives Testresultat eines PCR-Test vorweisen, das nicht älter als 48h ist**

<b>Patient</b>		<b>Zuständige Versicherung</b>		<b>HFR</b>			
<u>Name:</u>		<u>Name:</u>		<b>Meyriez-Murten</b>			
<u>Vorname:</u>		<u>Vers.-</u>		<input type="checkbox"/> intensive <b>Neurorehabilitation</b>			
<u>Sprache:</u>		<u>Klasse:</u>					
<u>Geschlecht:</u>		<input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Deutsch		<u>Vers.-Nr.:</u>			
<u>Adresse:</u>							
<u>Wohnort:</u>							
<u>Geburtsdatum:</u>							
<u>Hauptdiagnose / Datum des Gesundheitsereignisses:</u>							
<u>Komorbiditäten:</u>							
<b>Hospitalisation während mehr als 24 Stunden im Ausland in den letzten 12 Monaten :</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein							
<b>Ziel des Aufenthalts</b>				<b>Selbstständigkeitsgrad</b>			
Lernen, Gelerntes anwenden	<input type="checkbox"/>			selbstständig	mit Stimulation	braucht Hilfe	abhängig
Einfache oder komplexe Aufgaben	<input type="checkbox"/>						
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (Gehen, Tragen, Autofahren usw.)	<input type="checkbox"/>	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliches Gespräch (ADL)	<input type="checkbox"/>	Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarbeit (Einkaufen, Kochen, Wäsche usw.)	<input type="checkbox"/>	Blasenkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehungen und Interaktionen mit dem Umfeld	<input type="checkbox"/>	Darmkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildung (Schule usw.), Arbeit	<input type="checkbox"/>	Fortbewegung innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit und Hobbys, soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<u>Besonderes:</u>					
Stimmungsschwankungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				Wenn ja, welche:			
Kognitive Störungen : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				Wenn ja, welche:			
<u>Diät:</u>			<u>Hilfsmittel:</u>				
Transport: <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Bahre		<input type="checkbox"/> Antidekubitus-Matratze	<input type="checkbox"/> 0 <sup>2</sup>	Intensität der Behandlung: <input type="checkbox"/> < 2h30 <input type="checkbox"/> > 2h30			
Geplante Rückkehr: <input type="checkbox"/> Wohnort <input type="checkbox"/> andere							
<u>Zuweisende Stelle (Spital/Klinik/Arzt/Abteilung):</u>			<u>Tel. / Intern:</u>		<b>Kontaktperson für Verlegung:</b>		
<u>Datum:</u>			<u>Aufenthaltsdauer:</u>				
<b>Gewünschtes Eintrittsdatum ab:</b>							
Formular per Fax an den betroffenen Standort schicken zur Genehmigung durch:						Stempel und Unterschrift PFM	
<u>Standort:</u>							
<u>Datum:</u>							
<b>Vereinbartes Eintrittsdatum:</b>							

**Antwort des Vertrauensarztes der Versicherung**

Empfehlung des Vertrauensarztes der Versicherung:  angenommen  abgelehnt  
Versicherungsklasse:

allgemein  halbprivat  privat

Wird dieses Formular nicht innerhalb von 48 Stunden zurückgesandt, gilt es als genehmigt.

Eine Ablehnung ist in einem separaten Brief zu begründen.

Datum:

Stempel und Unterschrift:  
Abteilung des Vertrauensarztes