

Anmeldung ausgefüllt, gedruckt und  
unterschrieben an  
Fax Geriatrie: 032 324 44 28

## Angaben zum Patient

## Renseignements sur le/la patient(e)

Veuillez envoyer la demande remplie,  
imprimée et signée à:  
Fax gériatrie : 032 324 44 28

Biel,

## Ärztliches Einweisungszeugnis zur klinisch-stationären Behandlung / Rehabilitation Certificat médical d'admission pour un traitement clinique / une réhabilitation stationnaire

Garantien/Versicherten-Nr. / AHV-Nr/ Garanties / N° d'assuré(e) / N° AVS

- Allgemein mit Zusatzversicherung / Commune avec assurance complémentaire
- Allgemein ohne Zusatzversicherung / Commune sans assurance complémentaire
- Halbprivat / Demi-privée
- Privat / Privée

• Verlegung von wo: (Spital/Abteilung)/ Transferé(e) depuis: (hôpital/ service:

• Behandlung seit / En traitement depuis le:

• Wegen/ Raison :  Krankheit / maladie

Unfall / accident

• Gewünschtes Eintrittsdatum / Date d'entrée souhaitée:

• Voraussichtliche Aufenthaltsdauer / Durée prévue du séjour:

*Wochen/ semaine(s)*

### Anmeldung für/ Inscription pour:

- stationäre Geriatrie Rehabilitation / Réhabilitation gériatrique hospitalière
- stationäre Geriatrie akut Rehabilitation (GAR) / Réhabilitation gériatrique aiguë hospitalière

### Diagnosen Liste/ Liste des diagnostics:

### Labor/ Laboratoire:

### Medikamenten Liste/ Liste des médicaments:

### Operation und OP- Datum/ Opération et date de l'opération:

### Funktionsdefizit/ Déficit fonctionnel:

### Begleiterkrankungen/ Comorbidités:

**Behandlungsziel/ But du traitement :**

- Wiederherstellung der bestmöglichen Normalfunktion sowie der Selbstständigkeit / Rétablir la meilleure fonction normale possible, ainsi que l'indépendance
- Mobilisation/ Mobilisation
- Gangtraining/ Entraînement à la marche
- Wundheilung/ Cicatrisation
- Schmerztherapie, Coping Strategie/ Gestion de la douleur, stratégie d'adaptation
- Überwachung und Therapie von Begleiterkrankungen / Surveillance et thérapie des comorbidités
- Erhaltung/Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit/ Conservation/récupération de la capacité de travail

**Zusätzliche soziale Indikatoren/ Indicateurs sociaux supplémentaires:**

- Lebt alleine/abseits ambulanter med. Versorgung / Vit seul(e)/à distance des soins médicaux ambulatoires
- Wohnung mit baulichen Hindernissen / Appartement avec obstacles
- Die persönlichen häuslichen Umstände gefährden den Heilungserfolg / Le contexte domestique personnel compromet le succès de la guérison
- Durch die stationäre Rehabilitation kann der Akutspitalaufenthalt abgekürzt werden / La réadaptation hospitalière peut raccourcir le séjour hospitalier en soins aigus
- Ambulante Therapie ausgeschöpft/ nicht ausreichend / Thérapie ambulatoire épuisée / insuffisante
- 

**Grad der Behinderung/ Degré d'invalidité:**

- |                                                                                                                       |                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbständig / indépendant(e)                                                                 | <input type="checkbox"/> bedarf <b>intensiver</b> Hilfeleistung für / nécessite une assistance <b>intensive</b> pour: |
| <input type="checkbox"/> bedarf <b>geringgradiger</b> Hilfeleistung für/ nécessite une assistance <b>légère</b> pour: | <input type="checkbox"/> Aufstehen / se lever                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen / se lever                                                                         | <input type="checkbox"/> Ankleiden / s'habiller                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Ankleiden / s'habiller                                                                       | <input type="checkbox"/> Gehen / se déplacer                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Gehen / se déplacer                                                                          | <input type="checkbox"/> Essen / se nourrir                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Essen / se nourrir                                                                           | <input type="checkbox"/> Toilette / faire sa toilette                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Toilette / faire sa toilette                                                                 |                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Bettlägerig / alité                                                                          |                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Geht mit Stockhilfe / se déplace à l'aide d'une canne                                        |                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Mobil mit Gehböckli / Rollator / mobile avec un cadre de marche / déambulateur               |                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlpatient / patient(e) en chaise roulante                                             |                                                                                                                       |

Maximale Belastung / Charge maximale:

**Soziale Begleitumstände / Contexte social d'accompagnement:**

Freundliche Grüsse

Avec nos meilleures salutations

Spitalzentrum Biel AG

Centre hospitalier Bienne S.A.

**Beilagen/ Annexes :**

**Kopien / Copies :**

Diese Angaben sind auch zur Weiterleitung an die Krankenkasse/Versicherung vorgesehen. Bitte Kopie der Kostengutsprache an Absender. **Rückfragen an SZB AG: 032 324 19 26/ 44 30.**

Ces informations sont également destinées à être transmises à la caisse d'assurance maladie / à l'assureur. Veuillez adresser une copie de la prise en charge des frais à l'expéditeur. **Pour tous renseignements: CHB: 032 324 19 26/ 44 30.**