

## Garantieantrag für Rehabilitation (Grund- und/oder Zusatzkrankenversicherung)

<b>Patient</b>	<b>1. Direkteintritt</b> <input type="checkbox"/> <b>2. Externe Einrichtung</b> <input type="checkbox"/> <b>3. Nach dem akuten Aufenthalt Ursprungs Spital:</b> <input type="checkbox"/>
Name:	<b>Aufnahme:</b> <b>Rehabilitation</b>
Vorname:	Datei-Nr.:
Adresse:	Abteilung: UGR / CRH
Wohnort:	Standort Porrentruy
Kanton:	Eintritt : So bald wie möglich
Geburtsdatum:	Versicherungsklasse:
Geschlecht:	Zulassung Art:
Zivilstand:	Spitalarzt:
Beruf:	Spitalarzt EAN-Nr.:
Arbeitgeber:	Hausarzt: Hausarzt EAN-Nr.:

<b>Krankenversicherung</b>	Versicherung-Nr.: Unfall-Nr.: Covercard-Nr.: AVS-Nr.:  EAN-Nr.
----------------------------	---

<b>Haupt Diagnose / Ereignis-Datum</b>	<b>Komorbiditäten</b>
.....	.....

Durch den Arzt auszufüllen

Ziel des Aufenthalts		Autonomie-Standpunkt			
Neurologische Rehabilitation nach ZVI	<input type="checkbox"/>	Selbständig	Aufforderung	Viel Hilfe	Abhängig
Rehabilitation des Bewegungsapparates :	<input type="checkbox"/>	Essen und trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Postoperative Rehabilitation nach orthopädischen oder spinalen Operationen	<input type="checkbox"/>	Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Degenerative Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/>	Sich ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Subakute oder chronische Lendenschmerzen	<input type="checkbox"/>	Blasen Kontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Algoneurodystrophie und entzündliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Darm Kontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rehabilitation nach Gliedamputation	<input type="checkbox"/>	Mobilität im Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gehtraining	<input type="checkbox"/>	<b>Reha Schwerpunkt :</b> <input type="checkbox"/> Geriatrische Reha <input type="checkbox"/> Internistische und Onkologische Reha <input type="checkbox"/> Muskuloskelettale Reha <input type="checkbox"/> Neurologische Reha			
Rehabilitation der alltäglichen Aktivitäten (ADL-Life)	<input type="checkbox"/>	<b>Gewünschtes Eintrittsdatum : So bald wie möglich</b>			
Konditions- und Ernährungsaufbau	<input type="checkbox"/>	<b>Vorgesehenes Aufenthaltsdauer : ..... Tagen</b>			
Festlegung der Autonomie	<input type="checkbox"/>				
Behandlungsfortsetzung	<input type="checkbox"/>				

<b>Stimmung Störungen :</b>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Bitte angeben ...
<b>Kognitive Einschränkungen :</b>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Bitte angeben ...
<b>Voraussichtliches Entlassungsziel :</b>	Wohnort <input type="checkbox"/>	Heim <input type="checkbox"/>	Andere ...

<b>Unsere Adresse:</b> <b>Hôpital du Jura</b> Centre des garanties Chemin de l'Hôpital 9 2900 Porrentruy Tél: 032 465 49 71 <b>E-Mail: <a href="mailto:garanties@h-ju.ch">garanties@h-ju.ch</a></b>	Kontakt Person für Verlegung:  .....	Stempel und Unterschrift des Antragstellers:  Datum:
Entscheidung des Vertrauensarztes: Angenommen <input type="checkbox"/> Dauer : ..... abgelehnt <input type="checkbox"/> <b>Antwort innerhalb von 3 Werktagen per E-Mail, anderweitig angenommen</b> Im Falle einer Ablehnung, Begründung durch ein separates Schreiben		

Der Vorherige Garantieantrag wird per E-mail dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers vor der Aufnahme übermittelt, für Entscheidung (Anlage 1, Anzahl 11 OPAS).

Die Entscheidung des Vertrauensarztes wird per E-mail an das Rehabilitationszentrum übermittelt

Spitalaufenthaltsvertrag CTR-TCC H-JU 2006 – Anlage A