

# Anmeldung Neurologische Rehabilitation

gemäss Kriterien Seite 2 (Stand: 01/21)

## Zuweiser

Spital/Klinik		
Ansprechperson		sekretariat-besas@siloah.ch (HIN-Mail) Fax 031 958 14 85
Zuständige Ärztin/Zuständiger Arzt		

## PatientIn (erfüllt Kriterien Seite 2) Bitte vollständig ausfüllen oder Stammbblatt beilegen

Name	Vorname	Geb.-Datum
Adresse		
KK Grundversicherung	Zusatzversicherung	
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat
Hausarzt/Hausärztin		

## Eintritt ab:

<b>Begründung für den Aufenthalt (mehrere zutreffend):</b> <input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbständigkeit BADL/IADL, Erreichen der bestmöglichen Selbständigkeit <input type="checkbox"/> Reduktion von Pflege- und Betreuungsaufwand <input type="checkbox"/> Die benötigte Therapieintensität ist ambulant nicht möglich	
<b>Hilfebedarf bei:</b> <input type="checkbox"/> Aufstehen, Transfer <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stock, Rollator, Böckli <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> Waschen (Gesicht, kämmen, Zähne putzen, rasieren etc.) <input type="checkbox"/> Baden, Duschen <input type="checkbox"/> Essen/Trinken <input type="checkbox"/> Sonde/parenteral <input type="checkbox"/> Schluckstörung, Aspirationsgefahr <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	
<b>Zustand PatientIn:</b> <input type="checkbox"/> Fehl- und Mangelernährung <input type="checkbox"/> Beizug Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Neglect <input type="checkbox"/> Visuseinschränkung <input type="checkbox"/> Hörstörung <input type="checkbox"/> kognitive Einschränkung <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> weglaufgefährdet <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> Kommunikation beeinträchtigt <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> psychische Störung	
<b>Besonderes/Zugänge:</b> <input type="checkbox"/> Sitzwache <input type="checkbox"/> Isolation, multiresistente Erreger <input type="checkbox"/> Drainagen <input type="checkbox"/> Tracheostoma	

Neurologische Hauptdiagnose (bitte komplette Diagnoseliste beifügen):	
Medikamente (bitte Liste beifügen)	
Bemerkungen:	
Ort und Datum:	Unterschrift zuständige Ärztin/zuständiger Arzt

Das Anmeldeformular kann elektronisch ausgefüllt werden und dient als Grundlage zum Einholen der notwendigen Kostengutsprache bei der Krankenkasse.

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular bitte an [sekretariat-besas@siloh.ch](mailto:sekretariat-besas@siloh.ch) senden.

### Kriterien für eine stationäre neurologische Rehabilitation

- Patient/Patientin hat funktionelle Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Partizipation, die mit neurologischer Rehabilitation potentiell verbessert werden können
- Patient/Patientin kann nach der stationären Rehabilitation voraussichtlich wieder in Wohnverhältnisse mit höherer Autonomie zurückkehren
- Patient/Patientin ist in der Lage an 20 Therapieeinheiten à 30'/Kalenderwoche teilzunehmen
- Patient/Patientin ist überwiegend bewusstseinsklar, interaktions- und kommunikationsfähig
- Patient/Patientin ist mindestens zur Teilmobilisation fähig (mind. 2 Stunden täglich im Rollstuhl)
- Patient/Patientin ist für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen

### Generelle Ausschlusskriterien

- Akutspitalbedürftigkeit
  - Intensivüberwachung nötig, instabile Vitalparameter, Tracheostoma, hohe Aspirationsgefahr, liegende Drainage, persistierende Infektionssituation, regelmässige Ergusspunktionen nötig, grosse offene Wunden u.a.
  - Bedarf nach wiederkehrender kurzfristiger ärztlicher Intervention und/oder fortgesetzt mindestens täglichen persönlichen ärztlichen Visiten
  - Nicht abgeschlossene Diagnostik (CT, MRI, EEG, spezialärztliche Konsilien/Kontrollen, u.a.)
  - Aspiration mit respiratorischer Insuffizienz
  - Bewusstseinstrübung mit Delir, Fremdaggression, Weglaufgefährdung
  - Psychische Dekompensation mit Suizidgefährdung
- Restriktionen, die eine zielführende Therapiedurchführung voraussichtlich verunmöglichen (z.B. nicht einhaltbare Teilbelastungslimite, vollständig bettlägeriger Patient u.a.)
- Spezielle Therapien: Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse
- Notwendigkeit zu weitergehenden spitalhygienischen Massnahmen (z.B. Isolation)
- Individueller Bedarf an Grundpflege von mehr als 4h/Tag

### Rückfragen

Rückfragen bezüglich Verlegungstermin sind an die Bettendisposition Berner Spitalzentrum für Altersmedizin Siloah Tel. 031 958 10 75 zu richten.

### Wichtige Information

Die Behandlung erfolgt gemäss den CHOP Vorgaben sowie den von ST REHA und FMH festgelegten Voraussetzungen «Basisleistungen geriatriische Rehabilitation» ([https://fmh.ch/files/pdf23/2019\\_06\\_28\\_basisleistungen\\_neurologische-reha\\_d.pdf](https://fmh.ch/files/pdf23/2019_06_28_basisleistungen_neurologische-reha_d.pdf)) und «Personelle und infrastrukturelle Minimalanforderungen – Referenzdokument» ([https://fmh.ch/files/pdf23/2019\\_03\\_28\\_referenzdokument\\_neurologische-reha\\_ba.1\\_d.pdf](https://fmh.ch/files/pdf23/2019_03_28_referenzdokument_neurologische-reha_ba.1_d.pdf))