Garantieantrag für Rehabilitation (Grundversicherung)

Der erforderliche Antrag wird per e-mail oder per Fax an den Vertrauensarzt der Krankenversicherung zur Genehmigung geschickt, (Beilage 1, Ziffer 11 KLV).

Die Entscheidung des Vertrauensarztes wird per Fax am Rehabilitations-Spital mitgeteilt.

Patient	1. Direkteintritt
Name :	2. Anschliessend an Aufenthalt im Akutspital
Vorname :	
Adresse :	Aufnahme : **Rehabilitation**
Wohnort :	Abteilung : **RMG/RMP**
Geschlecht :	Hôpital du Jura : **Standort Porrentruy**
Zivilstand :	Eintritt :
Geburtsdatum :	Klasse :
Krankenversicherung	Versicherungsnummer :

Durch den Arzt auszufüllen

Haupt **Diagnose** / Ereignis-Datum	**Komorbiditäten**

Ziel des Aufenthaltes		**Autonomie-Standpunkt** (falls vom Spital bekannt)				
			Selbständig	Aufforderung	Viel Hilfe	Abhängig
Neurologische Rehabilitation nach ZVI		Essen und Trinken				
Rehabilitation des Bewegungsapparates		Sich waschen				
- Postoperative Rehabilitation nach orthopädischen oder Wirbelsäulen-Eingriffen		Sich anziehen				
- Degenerative Gelenk-Erkrankung		Blasen Kontinenz				
- Akute und chronische Lendenschmerzen		Darm Kontinenz				
- Algoneurodystrophien und entzündliche Krankheiten		Mobilität im Zimmer				
- Rehabilitation nach Gliedamputation						
-Gehtraining		**Gewünschtes Eintritts-Datum :**				
Rehabilitation der alltäglichen Aktivitäten (ADL-Life)						
Konditions-und Ernährungsaufbau		**Vorgesehenes Entlassungs-Datum :**				
Festlegung der Autonomie						
Behandlungsfortsetzung						

Stimmungstörungen : nein ja falls vom Spital bekannt, genau angeben

.....

Kognitive Einschränkungen : nein ja falls vom Spital bekannt, genau angeben

.....

Voraussichtliches Entlassungsziel : Wohnort Heim *Andere* .....

Unsere Adresse :	Kontakt Person falls Verlegung :	Stempel und Unterschrift des Antragstellers
Hôpital du Jura Centre des garanties Chemin de l'Hôpital 9 2900 Porrentruy **Fax : 032 465 69 55** Tél. : 032 465 49 71 E-Mail : garanties@h-ju.ch	.....	Datum :

Name der Krankenversicherung :	Stempel und Unterschrift des Vertrauens-Arztes :
Entscheidung des Vertrauensarztes des Versicherten :	
Angenommen Dauer : _____	
abgelehnt	
Zurück innert 48 Stunden per fax, sonst als angenommen geltend	
Falls Ablehnung, Begründung per separaten Brief	
Datum : ……/……./……..	