

Registrierungsformular Nationale Messungen Rehabilitation

Name der Klinik:	
Betriebstyp: Einzelklinik	<input type="checkbox"/> Einzelklinik BUR-Nr. <input type="checkbox"/> Klinikgruppe
Klinik- oder Spitalgruppe Bitte tragen Sie rechts diejenigen Standorte ein, welche Leistungen in der Rehabilitation erbringen. Standort 1 Name BUR-Nr. Standort 2 Name BUR-Nr. Standort 3 Name BUR-Nr.	Bei mehr als 3 Standorten bitte zusätzliches Formular verwenden
Aktivitäten / Indikationen: Bitte geben Sie als Einzelklinik an, welche Rehabilitationsarten Ihre Klinik anbietet (Mehrfachantworten möglich) und tragen Sie wo notwendig, die jeweils eingesetzten Instrumente ein. Bitte geben Sie als Klinik- oder Spitalgruppe pro Standort an, welche Rehabilitationsarten die Standorte anbieten (Mehrfachantworten möglich) und tragen Sie wo notwendig, die jeweils eingesetzten Instrumente ein.	

<p>Einzelklinik</p> <p>Indikationen für:</p> <p><input type="checkbox"/> muskuloskelettale Rehabilitation Zieldokumentation und <input type="checkbox"/> FIM® <input type="checkbox"/> EBI</p> <p><input type="checkbox"/> neurologische Rehabilitation Zieldokumentation und <input type="checkbox"/> FIM® <input type="checkbox"/> EBI</p> <p><input type="checkbox"/> kardiale Rehabilitation (6-Min-Gehtest oder Fahrrad-Ergometrie, MacNew Heart)</p> <p><input type="checkbox"/> pulmonale Rehabilitation (6-Min-Gehtest, Feeling-Thermometer, CRQ)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht-organspezifische Rehabilitation Zieldokumentation und <input type="checkbox"/> FIM® <input type="checkbox"/> EBI</p> <p>Spezifizierung nicht-organspez. Rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> geriatrische Rehabilitation <input type="checkbox"/> internistische & onkologische Rehabilitation <input type="checkbox"/> paraplegiologische Rehabilitation <input type="checkbox"/> psychosomatische Rehabilitation <input type="checkbox"/> pädiatrische Rehabilitation</p>	
<p>Klinik- oder Spitalgruppe</p> <p>Standort 1</p> <p>Indikationen für:</p> <p><input type="checkbox"/> muskuloskelettale Rehabilitation Zieldokumentation und <input type="checkbox"/> FIM® <input type="checkbox"/> EBI</p> <p><input type="checkbox"/> neurologische Rehabilitation Zieldokumentation und <input type="checkbox"/> FIM® <input type="checkbox"/> EBI</p> <p><input type="checkbox"/> kardiale Rehabilitation (6-Min-Gehtest oder Fahrrad-Ergometrie, MacNew Heart)</p> <p><input type="checkbox"/> pulmonale Rehabilitation (6-Min-Gehtest, Feeling-Thermometer, CRQ)</p>	<p>Standort 2</p> <p>Indikationen für:</p> <p><input type="checkbox"/> muskuloskelettale Rehabilitation Zieldokumentation und <input type="checkbox"/> FIM® <input type="checkbox"/> EBI</p> <p><input type="checkbox"/> neurologische Rehabilitation Zieldokumentation und <input type="checkbox"/> FIM® <input type="checkbox"/> EBI</p> <p><input type="checkbox"/> kardiale Rehabilitation (6-Min-Gehtest oder Fahrrad-Ergometrie, MacNew Heart)</p> <p><input type="checkbox"/> pulmonale Rehabilitation (6-Min-Gehtest, Feeling-Thermometer, CRQ)</p>

- nicht-organspezifische Rehabilitation
- Zieldokumentation und
- FIM®
- EBI

- Spezifizierung nicht-organspez. Rehabilitation
- geriatrische Rehabilitation
 - internistische & onkologische Rehabilitation
 - paraplegiologische Rehabilitation
 - psychosomatische Rehabilitation
 - pädiatrische Rehabilitation

Standort 3

Indikationen für:

- muskuloskelettale Rehabilitation
- Zieldokumentation und
- FIM®
- EBI

- neurologische Rehabilitation
- Zieldokumentation und
- FIM®
- EBI

- kardiale Rehabilitation
- (6-Min-Gehtest oder Fahrrad-Ergometrie,
MacNew Heart)

- pulmonale Rehabilitation
- (6-Min-Gehtest, Feeling-Thermometer, CRQ)

- nicht-organspezifische Rehabilitation
- Zieldokumentation und
- FIM®
- EBI

- Spezifizierung nicht-organspez. Rehabilitation
- geriatrische Rehabilitation
 - internistische & onkologische Rehabilitation
 - paraplegiologische Rehabilitation
 - psychosomatische Rehabilitation
 - pädiatrische Rehabilitation

- nicht-organspezifische Rehabilitation
- Zieldokumentation und
- FIM®
- EBI

- Spezifizierung nicht-organspez. Rehabilitation
- geriatrische Rehabilitation
 - internistische & onkologische Rehabilitation
 - paraplegiologische Rehabilitation
 - psychosomatische Rehabilitation
 - pädiatrische Rehabilitation

<p>Adresse der Klinik:</p> <p>Strasse:</p> <p>PLZ, Ort:</p> <p>Spitaldirektion:</p> <p>Vorname, Name:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>Email-Adresse:</p>	
<p>Kontaktperson „Koordination“</p> <p>Person, welche für die Messungen Rehabilitation und deren Koordination in Ihrer Institution zuständig ist.</p> <p>Vorname, Name:</p> <p>Funktion:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>Email-Adresse:</p>	
<p>Kontaktperson „IT“</p> <p>Person, welche für die technischen Aspekte der Messungen Rehabilitation (IT, Datenlieferung etc.) in Ihrer Institution zuständig ist.</p> <p>Vorname, Name:</p> <p>Funktion:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>Email-Adresse:</p>	
<p>„Software“ für die ANQ Messungen (Mehrfachnennungen möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> Dateneingabe im KIS</p> <p><input type="checkbox"/> Dateneingabe mit Spezialsoftware:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Dateneingabe anders:</p> <p>_____</p>

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Formulars verpflichten sich die Rehabilitationskliniken gegenüber dem ANQ, die Messungen Rehabilitation gemäss dem Umsetzungskonzept Version 3 vom 16. April 2012 sowie dem aktuellen Verfahrens- und Datenhandbuch auf der ANQ-Homepage (www.anq.ch) zu den Messungen vorzunehmen.

Hinsichtlich der Datenschutzbestimmungen gilt neben den eidgenössischen und kantonalen gesetzlichen Grundlagen auch das Datenreglement ANQ vom 21. September 2011 (http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/201111005_QVertrag_Anhang6_DatenreglementV10_def_de.pdf).

Es unterzeichnen rechtsgültig für die Rehabilitationskliniken:

Datum

Datum

Vorname, Name, Funktion

Vorname, Name, Funktion

Unterschrift

Unterschrift

Bitte ausgefüllt und unterzeichnet zurücksenden an: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Geschäftsstelle, Thunstrasse 17, Postfach 370, 3000 Bern 6.

Bitte das elektronisch ausgefüllte Formular zurücksenden an: info@anq.ch