

REGISTRIERUNGSFORMULAR

FACHBEREICH REHABILITATION

DATUM>

GÜLTIG AB>

Ihre Klinik hat den [Nationalen Qualitätsvertrag](#) unterzeichnet und verpflichtet sich dadurch, die darin vorgeschriebenen ANQ-Messungen durchzuführen. Wir bitten Sie nachfolgend aufzuführen:

- welches stationäre rehabilitative Leistungsangebot Ihre Klinik anbietet und welche Instrumente dabei eingesetzt werden,
- welches die messverantwortlichen Personen sind, die regelmässig mit Informationen bedient werden sollen.

Bei einer Veränderung im rehabilitativen Leistungsangebot, bitten wir Sie um eine entsprechende Mutationsmeldung. Nach dieser erfolgreichen Registrierung erhalten Sie vom ANQ weitere Informationen und die Lizenzierungsprozesse für lizenzpfllichtige Instrumente (FIM®, PROMIS GH-10, CRQ) werden in Gang gesetzt (ohne Kostenfolge).

ANGABEN ZUR KLINIK

Klinikgruppe> JA NEIN

Klinikgruppenname>

Name der Klinik>

Name der Klinik Zusatz 1>

Name der Klinik Zusatz 2>

Strasse 1>

Strasse 2>

Postleitzahl und Ort>

Spitaltypologie>

UID>

Spital-ID>

BUR-Nummer>

MESSVERANTWORTLICHE PERSON/EN

Direktion>
(Vorname, Name, E-Mail, Telefon)

Q-Verantwortliche PersonEN>
(Vorname, Name, Funktion,
E-Mail, Telefon)

ICT-Verantwortliche PersonEN>
(Vorname, Name, Funktion,
E-Mail, Telefon)

REHABEREICH/E

Messvorgaben Rehabilitation

- Patientenerfahrung (Swiss PREMs Rehabilitation)
- Zieldokumentation (HZ/ZE)

Rehabereich/e sowie Instrumente (tw. lizenzpflchtig*)

Geriatrische Rehabilitation>

Instrumente> FIM®* oder EBI

Internistische Rehabilitation>

Instrumente> FIM®* oder EBI

Kardiale Rehabilitation>

Instrumente> Gehtest *und* PROMIS GH-10*

Muskuloskelettale Rehabilitation>

Instrumente> FIM®* oder EBI

Neurologische Rehabilitation>

Instrumente> FIM®* oder EBI

Onkologische Rehabilitation>

Instrumente> FIM®* oder EBI

Paraplegiologische Rehabilitation>

Instrument> SCIM

Psychosomatische Rehabilitation>

Instrumente> PHQ-9 *und* PHQ-15 *und* GAD-7

Pulmonale Rehabilitation>

Instrumente> Gehtest *und* CRQ*

Der ANQ überprüft nicht, ob die gewählten Rehabbereiche mit den kantonalen Leistungsaufträgen/Tarifverträgen Ihrer Klinik übereinstimmen. Dies liegt in der Verantwortung Ihrer Klinik und der Kostenträger.

BEMERKUNGEN

Bitte das vollständige Formular (keine Unterschrift/en erforderlich) zurücksenden an: rehabilitation@anq.ch