

Meldeformular für Akut- und Übergangspflege

Akut- und Übergangspflege (AÜP) gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG wird vom Spitalarzt angeordnet. Es müssen folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sein:

1. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital (auch geriatrische Abteilung eines Spitals) sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf in einer Rehabilitationsklinik besteht nicht.
2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte Pflege durch Pflegepersonen.
3. Die AÜP ist Teil der Behandlungskette. Sie ist bedarfsgerecht und gezielt anzuordnen. Sie ist nicht als Wartezeit für einen Eintritt in eine Rehabilitationsklinik oder in ein Heim vorgesehen.
4. Die AÜP hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin/der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann. Ziel ist die dauerhafte Rückkehr nach Hause und Vermeidung einer Rehospitalisation.
5. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele aufgestellt.

Soweit ebenfalls medizinische oder therapeutische Behandlung notwendig ist, kann diese ambulant als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.

Dokument Antragsteller an Leistungserbringer: Spitex

Patient Name

Vorname

Strasse

PLZ/Wohnort

Telefonnummer

Geburtsdatum

Geschlecht

Name des Versicherers

Versicherungs-Nr.

Sozialversicherungs-Nr.

IV / MV

Behandlungsgrund

Behandlungsart

AÜP

Spital

ZSR-Nr. des Spitals

EAN Nr. und Name des

verordnenden Spitalarztes

Diagnose (fakultativ)

Therapie

AÜP

Bitte beachten Sie: Die Unterschrift des verordnenden Arztes auf Seite 2 ist zwingende Voraussetzung

Spitalärztliche Beurteilung zur Anordnung der Akut- und Übergangspflege

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf von bis zu 24 Std. pro Tag. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Eine stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Die Patientin/der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Die Patientin/ der Patient will in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurückkehren. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin/ dem Patienten oder ggf. mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter vereinbart. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Beginn der AÜP: _____

Voraussichtliche Dauer: (Max. 14 Tage) _____

Wer übernimmt die AÜP? _____

Spitex

ZSR-Nr.* _____

Name des Leistungserbringers:* _____

Adresse des Leistungserbringers:* _____

Fax: des Leistungserbringers* _____

E- Mail: des Leistungserbringers* _____

* wird von der Spitexorganisation
ausgefüllt

Ort, Datum: _____

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes/Spitalstempel _____

- Original an AÜP Leistungserbringer
- Kopie an Versicherer – durch die Spitex
- Kopie an Patient/Patientin – durch die Spitex

Beilage: Pflegerischer Überweisungsrapport

Bitte beachten Sie: Die Unterschrift des verordnenden Arztes auf Seite 2 ist zwingende Voraussetzung