

Anmeldung Akut- und Übergangspflege

(Formular herunterladen/speichern und anschliessend ausfüllen.)

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 MuttENZ AG

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

Beginn der AÜP:

Voraussichtliche Dauer: (Max. 14 Tage)

Wer übernimmt die AÜP?

ZSR-Nr:*

S756913

Name des Leistungserbringers:*

Spitex MuttENZ AG

Adresse des Leistungserbringers:*

Freidorf 151

4132 MuttENZ

Fax: des Leistungserbringers*

061 465 73 33

E- Mail: des Leistungserbringers*

spitexmutternz@hin.ch

Ort, Datum:

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes/Spitalstempel

- Original an AÜP Leistungserbringer (Spitex MuttENZ AG)
- Kopie an Versicherer – durch die Spitex MuttENZ AG
- Kopie an Patient/Patientin – durch die Spitex MuttENZ AG

Beilage: Pflegerischer Überweisungsrapport

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