

Anmeldung für Akut- und Übergangspflege

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 Abteilungen 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 Antragssteller an Leistungsbringer **Spitex Riehen-Bettingen**

Patient	Name	_____
	Vorname	_____
	Strasse	_____
	PLZ/Wohnort	_____
	Telefonnummer	_____
	Geburtsdatum	_____
	Geschlecht	_____
	Name des Versicherers	_____
	Versicherungs-Nr.	_____
	Sozialversicherungs-Nr.	_____
	Gesetz	_____
	Behandlungsgrund	_____
	Behandlungsart	AÜP

Spital	ZSR-Nr. des Spitals	_____
	EAN Nr. und Names des verordnenden Spitalarztes	_____

Diagnose (fakultativ)	_____
Therapie	AÜP

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

Anmeldung für Akut- und Übergangspflege

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 Potenzial zur Wiedererlangung einer Selbständigkeit, die eine 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?

ZSR-Nr.: O098412

Name des Leistungsbringers: Spitex Riehen-Bettingen

Adresse des Leistungsbringers: Oberdorfstrasse 21/113

4125 Riehen

Fax: 061 645 95 05

Ort, Datum:

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes/Spitalstempel

- Original an AÜP Leistungsbringer (Spitex Riehen-Bettingen)
- Kopie an Versicherer – durch Spitex Riehen-Bettingen
- Kopie an Patientin/Patient – durch Spitex Riehen-Bettingen

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

Anmeldung für Akut- und Übergangspflege

Name:

Vorname:

Adresse:

Name des Versicherers:

Einweisungsgrund
(fakultativ):

Betreuungsrelevante Informationen

.....

.....

.....

Hausarzt

Name, Adresse:

.....

Bezugspersonen, Angehörige:

.....

.....

Andere Rechnungsadresse:

.....

.....

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

Anmeldung für Akut- und Übergangspflege

Gewünschte Dienstleistungen

	1. Einsatz	Einsatzdauer Std. pro Tag/Tage pro Woche	Art der Hilfe
Behandlungspflege			

	1. Einsatz	Einsatzdauer Std. pro Tag/Tage pro Woche	Art der Hilfe
Grundpflege			

	1. Einsatz	Einsatzdauer Std. pro Tag/Tage pro Woche	Art der Hilfe
Hauswirtschaftliche Hilfe			

Weitere involvierte Dienste:

.....

.....

Telefonische Kontaktaufnahme an den Auftraggeber erwünscht: ja nein

Spitalausritt am:

Hinweis an Pflege: Falls Austrittsplanung kurzfristig geändert werden muss, bitte umgehend Meldung per Fax (061 645 95 05) an Spitex Riehen-Bettingen

Bemerkungen:

.....

.....

Patient benötigt voraussichtlich im Anschluss an die AÜP weitere Spitexleistungen: ja nein

Name Auftraggeber

Station

Telefon direkt

E-Mail

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