

# Übergangsmeldeformular für Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer

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.

<b>Dokument</b>			
<b>Antragssteller</b>			
<b>Leistungserbringer</b>			
<b>Patient</b>	Name		
	Vorname		
	Strasse		
	PLZ		
	Wohnort		
	Geburtsdatum		
	Geschlecht		
	Krankheitsbeginn		
	Versichertennummer		
	Sozialversicherungsnr.		
	Gesetz		
	Behandlungsgrund		
	Behandlungsart		
<b>Spital</b>	ZSR-Nr. des Spitals:		
<b>Verordnender Spitalarzt</b>	EAN Nr. des Spitalarztes:		
	Name des Spitalarztes:		
Diagnose (fakultativ)*	ICD-10:		
Therapie:	AÜP		
Behandlungsbeginn:	Behandlungsdauer:	Tage	

\* Hinweis: Dieses Formular wird im Bedarfsfall dem zuständigen Krankenversicherer weitergeleitet

## 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?** (kann durch den Leistungserbringer ausgefüllt werden)

ZSR-Nr.: .....

Name des Leistungserbringers: .....

Adresse des Leistungserbringers: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes / Spitalstempel:

Original an AÜP Leistungserbringer / -in  
Kopie an Patient / Patientin  
Kopie an Versicherer