

## Übergangsmeldeformular 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 Pflegepersonal.
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 als Einzelleistung erbracht werden. Sie ist nicht Bestandteil der AÜP.

### Akut- und Übergangspflege

Antragssteller

Leistungserbringer

Rehaklinik Dussnang

### Patient

Vorname

Nachname

Strasse

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Krankheitsbeginn

Gesetz

Behandlungsart

Versicherungsnummer

AHV-Nummer

## Begleitperson

Ja, im Einzelzimmer                       Ja, im Doppelzimmer mit Patient                       Nein

(Preise können erst nach Med. Vorabklärung mitgeteilt werden)

## Spital

ZSR-Nr. des Spitals

EAN-Nr. des Spitalarztes

Name des verordnenden Spitalarztes

Diagnose ICD-10 (fakultativ)\*

Therapie

Behandlungsbeginn

Behandlungsdauer

\* 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 Stunden pro Tag.  Ja  Nein
3. Eine stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt.  Ja  Nein
4. Die Patientin/der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbständigkeit, 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.

Name des Leistungserbringers

Adresse des Leistungserbringers

Datum

Unterschrift/Stempel Zuweiser

Original an AÜP Leistungserbringer/in  
Kopie an Patient/in, Versicherer

Dieses Formular beinhaltet sehr schützenswerte Daten, bitte schützen Sie diese und senden Sie diese nur mit E-Mail-Verschlüsselung (z.B. HIN) oder per Fax oder Post.