

## Anmeldung für 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 BASEL**

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 Name 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 (Punkte 1-6 müssen mit "ja" beantwortet werden.)

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:

H0866.12

Name des Leistungserbringers:

SPITEX BASEL

Adresse des Leistungserbringers:

Feierabendstrasse 44

4051 Basel

E- Mail:

[anmeldung@spitexbasel.ch](mailto:anmeldung@spitexbasel.ch)

Ort, Datum:

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes/Spitalstempel

- Original an AÜP Leistungserbringer (SPITEX BASEL)
- Kopie an Versicherer – durch SPITEX BASEL
- Kopie an Patient/Patientin – durch SPITEX BASEL

**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:

# 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

Spitalaustritt am: \_\_\_\_\_

**Hinweis an Pflege:** Falls Austrittsplanung kurzfristig geändert werden muss, bitte umgehend Meldung an das Anmeldezentrum von

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Name Auftraggeber: \_\_\_\_\_  
 Station: \_\_\_\_\_  
 Telefon direkt: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_