



ärztliches Verordnungsformular Akut- und Übergangspflege (AÜP) in anerkanntem Kurhaus

ärztlich geleitete Kurhäuser / Pflegeheime	ZSR-Nr.	gewichteteres kuratives Angebot: \$=Therapiebad			X
3654 Gunten / Gesundheitszentrum Schönberg	M 4493.02	Orthopädie \$	Herzkrankheiten	Rekonvaleszenz	<input type="checkbox"/>
6083 Hasliberg / Rehaklinik Hasliberg	G 4520.02	Orthopädie \$	Herzkrankheiten	Diabetes	<input type="checkbox"/>
3625 Heiligenschwendi / Kurhaus Halteneegg	W 4508.02	Orthopädie \$	Neurologie	Rekonvaleszenz	<input type="checkbox"/>
3800 Interlaken / Kurhaus Mon Bijou	S 4495.02	Orthopädie	Darm + Diabetes	Rekonvaleszenz	<input type="checkbox"/>
3854 Oberried / Reha- und Kurklinik Eden	C 4510.02	Orthopädie \$	Rheumatologie	Innere Medizin	<input type="checkbox"/>
3852 Ringgenberg / Kurhaus Alpina	P 4494.02	viszerale Chir.	Orthopädie	Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>
3852 Ringgenberg / Kurhaus Mon Repos	N 4505.02	Orthopädie	viszerale Chir.	Sozialmed. Ind.	<input type="checkbox"/>
3852 Ringgenberg / Reha-Pflegeklinik Eden	X 4517.02	Orthopädie	Neurologie	Rekonvaleszenz	<input type="checkbox"/>

Die untenstehenden Bedarfsabklärungsfragen können **alle** mit **ja** beantwortet werden. Deshalb verordne ich der aufgeführten Patientin, dem aufgeführten Patienten, eine **Akut- und Übergangspflege** (nach Art. 25a Abs. 2 **KVG**) in oben angekreuzter AÜP-Institution

Ich bitte die Zusatzversicherung **VVG** um den vertraglichen Tages-Pauschalbeitrag an den MwSt-freien ärztlich verordneten Pflegeaufenthalt in dem durch santésuisse und Wohlbefinden Schweiz anerkannten Kurhaus

Name:	Vorname:	Geb.Dat:	
Strasse:	AHV Nr. :	Spitalzusatzvers.	<input type="checkbox"/>
PLZ / Ort:	Tel. Nr.	halbprivat	<input type="checkbox"/>
Krankenversicherung:	Versicherten Nr.	privat	<input type="checkbox"/>

Haupt- und relevante Nebendiagnosen: (fakultativ)	Beginn der AÜP (Datum)	<input type="text"/>
	für	<input type="text"/> Tage
		(max 14 Tage)

Bedarfsabklärung AÜP:

1. Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert
2. Eine tägliche ärztliche Behandlung und Betreuung erübrigt sich
3. Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf über 24 Std
4. Eine ambulante oder stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt
5. Die Patientin / der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht
6. Sie / er hat den ausdrücklichen Wunsch geäußert in die gewohnte Lebens- /Wohnsituation zurück zu kehren
7. Die Patientin / der Patient hat die kognitiven Fähigkeiten um gezielte Informationen zu verarbeiten
8. Die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin / dem Patienten vereinbart

Antworten

ja	/	nein
ja	/	nein
ja	/	nein
ja	/	nein
ja	/	nein
ja	/	nein
ja	/	nein
ja	/	nein

Ort und Datum:

ärztlich verordnet durch
Spital- Klinikarzt/ärztin:

* Verordnung mindestens 3 Arbeitstage
vor Beginn der AÜP per Fax an Kurhaus

Stempel / Unterschrift:

Formular: 211AÜP

Für Kuraufenthalt oder reine MwSt-Befreiung Formular 702K benutzen!

Für klinisch - stationäre Rehabilitation Formular 702R benutzen !