



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	
6083 Hasliberg / Rehaklinik Hasliberg	G 4520.02	Orthopädie \$	Herzkrankheiten	Diabetes	
3625 Heiligenschwendi / Kurhaus Halteneegg	W 4508.02	Orthopädie \$	Neurologie	Rekonvaleszenz	
3800 Interlaken / Kurhaus Mon Bijou	S 4495.02	Orthopädie	Darm + Diabetes	Rekonvaleszenz	
3854 Oberried / Reha- und Kurklinik Eden	C 4510.02	Orthopädie \$	Rheumatologie	Innere Medizin	
3852 Ringgenberg / Kurhaus Alpina	P 4494.02	viszerale Chir.	Orthopädie	Neurochirurgie	
3852 Ringgenberg / Kurhaus Mon Repos	N 4505.02	Orthopädie	viszerale Chir.	Sozialmed. Ind.	
3852 Ringgenberg / Reha-Pflegeklinik Eden	X 4517.02	Orthopädie	Neurologie	Rekonvaleszenz	

Als Zuweiser beachten Sie bitte, dass die oben aufgeführten Kurhäuser spitalentlassene Patient/innen ausschliesslich in die Akut- und Übergangspflege aufnehmen, wenn alle unten stehenden Fragen mit "ja" beantwortet werden können.

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

Name:	Vorname:	Geb.Dat:
Strasse:	AHV Nr. :	
PLZ / Ort:	Tel. Nr.	
OKP-Versicherer:	Versicherten Nr.	

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

Ort und Datum:

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

Formular: **214AÜP**

Wenn eine ZUVER besteht, kann ein Gesuch um einen Kurbeitrag mit dem Formular **711K** an die Versicherung gestellt werden. Wenn die OKP+ZUSVER bei der Helsana, KPT oder Sanitas bestehen ist keine separate Kurverordnung nötig. Die Leistungen aus der ZUVER werden mit diesem Formular ausgelöst. Der Aufenthalt im Kurhaus wird mit dieser ärztlichen Verordnung von der MwSt befreit.

ärztlich verordnet durch
Spital- Klinikarzt/ärztin:

Stempel / Unterschrift: