



## 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 Bedarfsabklärungfragen 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 style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
	für	<input style="width: 80px; height: 20px;" 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 |

### Antworten:

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

ärztlich verordnet durch  
Spital- Klinikarzt/ärztin:

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

Stempel / Unterschrift:

Formular: 213AÜP

Wenn eine ZUVER besteht, kann ein Gesuch um einen Kurbeitrag mit dem Formular 711K an die Versicherung gestellt werden. Mit dem Formular 711K ist auch eine einfache MwSt-Befreiung für alle Patienten möglich