



TARIFVERTRAG

Akut- und Übergangspflege im Pflegeheim

ZVR-Nummer: 11.500.0540W

zwischen

Curaviva Kanton Zürich

Schärenmoosstrasse 77, 8052 Zürich

sowie

Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich

Walchestrasse 31, Postfach 3251, 8021 Zürich

und

**den im Vertrag genannten Versicherern,
vertreten durch die tarifsuisse ag**

**betreffend die Abgeltung von krankenversicherungspflichtigen Leistungen in
Pflegeheimen**

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

(alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter)

Gültig ab 1. Januar 2013

Präambel

Für die Abgeltung der Akut- und Übergangspflege in den Zürcher Pflegeheimen gilt derzeit die hoheitliche Tariffestsetzung gemäss Beschluss der Zürcher Regierung vom 27. Juni 2012, welche eine Einstufung der Patienten in eine Pflegestufe nach BESA oder RAI/RUG vorsieht.

Gemäss Beschluss der Zürcher Regierung vom 15. August 2012 kommt ab 1. Januar 2013 für die Langzeitpflege die Tarifstruktur gemäss neuer Pflegefinanzierung (KLV Art. 7a Abs. 3) zur Anwendung.

Die Vertragsparteien sind deshalb übereingekommen, den nachfolgenden Vertrag zu schliessen, welcher für Akut- und Übergangspflege eine durchschnittliche Tagespauschale vorsieht. Dieser Vertrag löst die hoheitliche Tariffestsetzung ab. Die Rechnungsstellung erfolgt für die beigetretenen Leistungserbringer ab 1. Januar 2013 nach diesem Vertrag. Soweit im Einzelfall bereits Rechnungen gemäss der hoheitlichen Tariffestsetzung gestellt und bezahlt worden sind, verzichten die dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer, die Altersheime und Pflegezentren des Gesundheits- und Umweltdepartementes der Stadt Zürich sowie die in Art. 1 Abs. 1 genannten Versicherer auf Nachfakturierungen bzw. Rückforderungen.

Art. 1 Vertragsparteien

¹ Die Vertragsparteien dieses Vertrages sind Curaviva Kanton Zürich und das Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich einerseits sowie die nachfolgend genannten Krankenversicherer andererseits:

- | | | |
|-----|--------------|--|
| 1. | BAG Nr. 8 | CSS Kranken-Versicherung AG |
| 2. | BAG Nr. 32 | Aquilana Versicherungen |
| 3. | BAG Nr. 57 | Moove Sympany AG |
| 4. | BAG Nr. 134 | Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln |
| 5. | BAG Nr. 182 | PROVITA Gesundheitsversicherung AG |
| 6. | BAG Nr. 194 | sumiswalder |
| 7. | BAG Nr. 246 | Krankenkasse Steffisburg |
| 8. | BAG Nr. 290 | CONCORDIA Schweiz. Kranken- u. Unfallversicherung AG |
| 9. | BAG Nr. 312 | Atupri Krankenkasse |
| 10. | BAG Nr. 343 | Avenir Assurance Maladie SA
vormals: 343 Avenir; 556 St. Moritz; 263 CMBB |
| 11. | BAG Nr. 360 | Krankenkasse Luzerner Hinterland |
| 12. | BAG Nr. 455 | ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG |
| 13. | BAG Nr. 509 | Vivao Sympany AG |
| 14. | BAG Nr. 558 | Krankenversicherung Flaachtal AG |
| 15. | BAG Nr. 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA
vormals: 749 La Caisse Vaudoise; 445 Hermes; 774 Easy Sana |
| 16. | BAG Nr. 780 | Glarner Krankenversicherung |
| 17. | BAG Nr. 820 | Cassa da malsauns LUMNEZIANA |
| 18. | BAG Nr. 829 | KLuG Krankenversicherung |
| 19. | BAG Nr. 881 | EGK Grundversicherungen |
| 20. | BAG Nr. 901 | sanavals Gesundheitskasse |
| 21. | BAG Nr. 923 | Krankenkasse SLKK |
| 22. | BAG Nr. 941 | sodalis gesundheitsgruppe |
| 23. | BAG Nr. 966 | vita surselva |
| 24. | BAG Nr. 1003 | Krankenkasse Zeneggen |
| 25. | BAG Nr. 1040 | Krankenkasse Visperterminen |
| 26. | BAG Nr. 1113 | Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont |
| 27. | BAG Nr. 1142 | Krankenkasse Institut Ingenbohl |
| 28. | BAG Nr. 1147 | Kankenkasse Turbenthal |
| 29. | BAG Nr. 1318 | Krankenkasse Wädenswil |
| 30. | BAG Nr. 1322 | Krankenkasse Birchmeier |
| 31. | BAG Nr. 1328 | kmu-Krankenversicherung |
| 32. | BAG Nr. 1331 | Krankenkasse Stoffel Mels KKS |
| 33. | BAG Nr. 1362 | Krankenkasse Simplon |
| 34. | BAG Nr. 1384 | SWICA Krankenversicherung |
| 35. | BAG Nr. 1386 | GALENOS Kranken- und Unfallversicherung |
| 36. | BAG Nr. 1401 | rhenusana - Die Rheintaler Krankenkasse |
| 37. | BAG Nr. 1479 | Mutuel Assurances Maladie SA
vormals: 1479 Mutuel Assurances; 1551 Universa; 1442 Natura Assurances.ch |
| 38. | BAG Nr. 1507 | Fondation AMB |
| 39. | BAG Nr. 1529 | INTRAS Assurance-maladie SA
inkl. 1159 AUXILIA Assurance-maladie SA (Fusion) |
| 40. | BAG Nr. 1535 | Philos Assurance Maladie SA
vormals 1535 Philos; 1097 Avantis; 1215 Troistorrents; 484 Panorama Kranken- und Unfallversicherung; 216 EOS; 160 Caisse-maladie de la Fonction Publique |
| 41. | BAG Nr. 1555 | Visana |
| 42. | BAG Nr. 1560 | Krankenkasse Agrisano |
| 43. | BAG Nr. 1568 | sana24 |
| 44. | BAG Nr. 1569 | Arcosana AG |
| 45. | BAG Nr. 1570 | vivacare |
| 46. | BAG Nr. 1577 | Sanagate AG |

alle gemäss Vollmacht vertreten durch tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

² Der Vertrag gilt für

a. die Mitglieder der Curaviva Kanton Zürich, die als Pflegeheime zugelassen sind und den Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben (siehe Anhang 1), sowie die Altersheime und Pflegezentren des Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich (siehe Anhang 1) (nachfolgend „Leistungserbringer“)

und

b. die Krankenversicherer, die unter Absatz 1 als Vertragsparteien bezeichnet sind.

Art. 2 Beitritt, Beitrittsgebühren; Ausschluss

¹ Diesem Vertrag können Leistungserbringer beitreten, die

- Art. 39 Abs. 3 i.V.m. Abs. 1 KVG erfüllen
- der vom Kanton gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG erstellten Planung für eine bedarfsgerechte Pflegeheimversorgung entsprechen sowie auf der im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e i.V.m. Abs. 3 KVG zu erlassenden Pflegeheimliste des Kantons figurieren und nach kantonalem Recht zur Erbringung von Leistungen der Akut- und Übergangspflege berechtigt sind.
- ein Konzept betreffend die Durchführung der Akut- und Übergangspflege in ihrer Institution vorlegen.

² Der Beitritt der Leistungserbringer schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit seinen Anhängen gemäss Artikel 19 als integrierte Bestandteile dieses Vertrages ein.

³ Das Beitrittsverfahren wird durch Curaviva Kanton Zürich nach rechtsgültiger Unterzeichnung des Vertrages eingeleitet.

⁴ Ein Leistungserbringer tritt dem Vertrag durch Erklärung gegenüber Curaviva Kanton Zürich bei (innert 45 Tagen nach Einleitung des Beitrittsverfahrens).

⁵ Im Kanton Zürich tätige und ordnungsgemäss zugelassene Pflegeheime, die nicht Mitglied von Curaviva Kanton Zürich sind, können diesem Vertrag mit schriftlicher Erklärung gegenüber Curaviva Kanton Zürich beitreten. Sie entrichten eine einmalige Beitrittsgebühr sowie einen jährlichen Unkostenbeitrag. Die Höhe der Beiträge ist in einem Reglement geregelt. Das jeweils gültige Reglement über Beitrittsgebühren ist im Internet veröffentlicht.

⁶ Curaviva Kanton Zürich informiert tarifsuisse ag regelmässig über die aktuelle Beitrittsliste.

⁷ tarifsuisse ag hat das Recht, einen Leistungserbringer nicht zum Vertrag zuzulassen oder auszuschliessen. Vor dem Entscheid konsultiert tarifsuisse ag als Vertreter der Krankenversicherer Curaviva Kanton Zürich. Der Entscheid wird begründet. Leistungserbringer können das kantonale Schiedsgericht nach Art. 89 KVG anrufen. Der Entzug der kantonalen Betriebsbewilligung hat den sofortigen Vertragsausschluss zur Folge.

⁸ Das Beitrittsverfahren gemäss Absatz 3 – 7 gilt nicht für die Altersheime und Pflegezentren des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich. Die Absätze 1 und 2 gelten sinngemäss.

Art. 3 Geltungsbereich, Definition

¹ Dieser Vertrag regelt die administrativen Abläufe und die Vergütung der Akut- und Übergangspflege im Pflegeheim gemäss Art. 39 Abs.3 KVG und Art. 25a Abs. 2 KVG i.V. mit Art. 7 Abs. 3 KLV und Art. 7b KLV.

² Akut- und Übergangspflege gemäss Abs. 1 wird von den Vertragspartnern wie folgt definiert:

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 sind nicht mehr notwendig. Ein Rehabilitationsbedarf ambulant oder in einer Spezialklinik besteht nicht.
2. Die Patientin oder der Patient benötigt nach einem Aufenthalt in einem Akutspital eine qualifizierte, reaktivierende Pflege durch Pflegepersonen.
3. Die AÜP ist Abschnitt 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 die Vermeidung einer Rehospitalisation.

³ Der Vertrag hat Wirkung für Versicherte, die

- a) bei einem in Art. 1 Abs. 1 dieses Vertrages genannten Versicherer versichert sind und
- b) bei einem in Art. 1 Abs. 2a) genannten Leistungserbringer Leistungen in Anspruch nehmen.

Art. 4 Leistungsvoraussetzungen

¹ Die Krankenversicherer übernehmen die Kosten für Leistungen der Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV, die nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung hin erbracht werden, wenn der Leistungserbringer

- a) die rechtlichen Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 1 lit. a - c bzw. Abs. 3 KVG erfüllt,
- b) der vom Kanton gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG erstellten Planung für eine bedarfsgeeignete Pflegeheimversorgung entspricht sowie auf der im Sinne von Art. 39 Abs. 1 lit. e i. V. m. Abs. 3 KVG zu erlassenden Pflegeheimliste des Kantons figuriert.

² Sind die Voraussetzungen gemäss Absatz 1 während der Laufzeit nicht mehr erfüllt, entfällt die gesetzliche Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenversicherung.

³ Der Leistungserbringer muss zur Abrechnung seiner Leistungen zu Lasten der OKP bis spätestens 1. Januar 2014 über eine separate ZSR-Nummer für Akut- und Übergangspflege verfügen. Die ZSR-Nummer für Akut- und Übergangspflege kann bereits im Jahr 2013 nach erfolgter Erteilung durch die SASIS AG verwendet werden. Der Leistungserbringer informiert die Vertragspartner sowie tarifsuisse ag.

Art.5 Ärztliche Anordnung / Bedarfsmeldung

¹ Leistungen der Akut- und Übergangspflege setzen eine spitalärztliche Anordnung gemäss Art. 25a KVG und eine Bedarfsabklärung gemäss Art. 7 Abs.2 KLV voraus. Die sich darauf abstützende Meldung an den Krankenversicherer zeigt den voraussichtlichen Bedarf an Pflagetagen der Akut- und Übergangspflege auf. Die Meldung erfolgt mit dem Formular im Anhang 2.

² Der Leistungserbringer stellt dem Versicherer das vollständig ausgefüllte und vom Spitalarzt unterzeichnete Formular spätestens mit der Rechnungsstellung zu.

³ Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig.

Art. 6 Leistungsumfang und Vergütung

¹ Der Leistungserbringer verrechnet die Anzahl der Pflagetage gemäss Kalendarium. Die Pflegepauschale pro Tag beträgt Fr. **168.00** (100%), der Anteil der Versicherer beträgt Fr. **75.60** (45%). Vorausrechnungen sind nicht möglich.

² Mit der Bezahlung der Kosten gemäss Art. 7b Abs. 1 KLV sind sämtliche krankensicherungsrechtlichen Leistungen für Pflegemassnahmen nach Art. 7 Abs. 2 KLV abgegolten.

³ Während einer Abrechnungsperiode können keine zusätzlichen Leistungen der stationären oder der ambulanten Krankenpflege verrechnet werden. Dies gilt nicht für den Ein- und Austrittstag.

Art. 7 Rechnungsstellung

¹ Schuldner der Vergütung gemäss diesem Vertrag ist der Versicherer (System des Tiers payant, Art. 42 Abs. 2 KVG)

² Der einzelne Leistungserbringer kann in Abweichung von Absatz 1 wählen, dass die versicherte Person die Vergütung der Leistung schuldet (Tiers garant). Diese Wahl ist vorläufig begrenzt bis Ende 2014. Der Leistungserbringer informiert den Patienten darüber in angemessener Form. Die Wahl hat mit dem Beitritt zum Vertrag zu erfolgen und kann jeweils halbjährlich – unter Einhaltung einer Ankündigungszeit von 2 Monaten – gewechselt werden.

³ Für die Abrechnungsperiode liegt eine zeitlich kongruente spitalärztliche Anordnung vor.

⁴ Im System des tiers payant erfolgt die Bezahlung innert 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung..

⁵ Die Rechnungsstellung erfolgt für Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung. Nichtpflichtleistungen sind dem Versicherten separat in Rechnung zu stellen.

⁶ Im System des tiers payant erhält der Versicherte vom Leistungserbringer eine Rechnungskopie.

⁷ Sind im Zeitpunkt der Rechnungsstellung zur Ermittlung des Leistungsumfangs zusätzliche Abklärungen notwendig (z.B. Einforderung zusätzlicher Unterlagen), stehen die in Absatz 4 aufgeführten Fristen still.

⁸ Der Versicherer begründet Beanstandungen. Die Zahlungsfrist wird für den beanstandeten Teil der Rechnung unterbrochen. Der nicht beanstandete Anteil wird auf neue Rechnung hin durch den Versicherer beglichen.

⁹ Sind die Voraussetzungen des Leistungsaufschubs gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG gegeben, sistiert der Versicherer die Kostenübernahme. Die Kosten werden vollständig übernommen, sobald die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt sind.

¹⁰ Falls ein Patient per 30. Juni seinen Versicherer wechselt, erstellt der Leistungserbringer bis spätestens 31. Juli des betreffenden laufenden Jahres eine Zwischenabrechnung per 30. Juni. Per 31. Dezember erstellt der Leistungserbringer grundsätzlich spätestens bis 31. Januar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung.

¹¹ Im Todesfall ist innert 30 Tagen die Endabrechnung zu erstellen.

Art. 8 Angaben auf der Rechnung

Die Leistungserbringer stellen unter Angabe folgender Informationen Rechnung:

- a) Daten des Versicherten (Versichertennummer, Versichertenkartennummer, Sozialversicherungsnummer, Name, Vorname, Wohnadresse, Geburtsdatum, Geschlecht).
- b) Name des Versicherers.
- c) Vollständige Rechnungsnummer des Leistungserbringers für den betreffenden Versicherten inklusive Rechnungsdatum.
- d) Zahlstellenregister-Nummer (ZSR-Nr.) sowie bei elektronischer Rechnungsstellung GLN/EAN-Nummer des Leistungserbringers.
- e) Periode (von... bis...) und Anzahl.

Art. 9 Elektronischer Datenaustausch (EDI)

¹ Versicherer und Leistungserbringer können nach Massgabe des Krankenversicherungsgesetzes zum Umgang mit Daten den elektronischen Datenaustausch vereinbaren. In diesem Fall werden die administrativen und medizinischen Daten mit der Bedarfsmeldung (gemäss Art. 5) bzw. der Rechnung (gemäss Art. 8) elektronisch an den Versicherer gesendet. Der Versicherer erhält alle Daten in strukturierter und elektronisch lesbarer Form.

² Der elektronische Datenaustausch für die Bedarfsmeldung sowie Rechnung richtet sich nach den branchenüblichen Standards, mit denen die Daten übermittelt werden können.

Art. 10 Aufklärungspflicht

¹ Die Leistungserbringer anerkennen, dass ihnen von Gesetzes wegen eine besondere Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten in Bezug auf die Leistungen der sozialen Krankenversicherer und allenfalls die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten auferlegt ist.

² Die Aufklärungspflicht betrifft insbesondere die Information betreffend die gesetzliche Regelung und konkrete Auswirkungen des Leistungsaufschubes gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG im Falle von Prämien- und Kostenbeteiligungsausständen.

Art. 11 Tarifschutz

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, den Tarifschutz nach Art. 44 KVG zu beachten. Dabei berücksichtigt er insbesondere, dass mit der Abrechnung der Pflegeleistungen gemäss Art.7 ff KLV sämtliche KVG pflichtigen Pflegeleistungen abgegolten sind und daneben keine KVG pflichtigen Pflichtleistungen verrechnet werden dürfen.

Art. 12 Wirtschaftlichkeit / Qualitätssicherung

¹ Die Pflegeleistungen müssen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden (Art. 32 KVG). Der Leistungserbringer muss seine Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 KVG). Er klärt zu diesem Zweck den Pflegebedarf ab.

² Der Leistungserbringer verpflichtet sich, an den Massnahmen der Qualitätssicherung gemäss Art.77 KVV teilzunehmen.

Art. 13 Reporting

¹ tarifsuisse ag und Curaviva Kanton Zürich vereinbaren ein Reporting zu den im Vorjahr erbrachten Pflegeleistungen im Rahmen der Akut- und Übergangspflege. Dieses Reporting beinhaltet die Anzahl der im Vorjahr verrechneten Pflgetage und die Zahl der pflegebedürftigen Personen, die im Kanton Zürich durch die zugelassenen Leistungserbringer gepflegt wurden.

² Die Reportingdaten werden pro Leistungserbringer spätestens bis 30. Juni des Folgejahres an tarifsuisse ag übermittelt.

Art. 14 Auskunftspflicht der Leistungserbringer

¹ Der Versicherer hat die Pflicht und das Recht, die Leistungspflicht zu überprüfen. Die Grundlagen zum Umgang mit Daten sind in den Bestimmungen des Datenschutz- sowie Krankenversicherungsrechts geregelt.

² Der Kontrollperson des Versicherers werden nach Massgabe des Krankenversicherungsgesetzes sämtliche prüfungsrelevanten Dokumente der verlangten Dossiers zum Studium eingereicht oder vorgelegt.

³ Die Überprüfung kann beim Leistungserbringer oder beim Versicherer stattfinden.

Art. 15 Schlichtung

¹ Entstehen bei der Anwendung des Vertrages Differenzen, sollen diese grundsätzlich von den Betroffenen bereinigt werden.

² Die Anrufung des kantonalen Schiedsgerichts gemäss Artikel 89 KVG steht den Leistungserbringern und den Krankenversicherern offen.

Art. 16 Vertragsgenehmigung

Das Genehmigungsverfahren gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG wird durch Curaviva Kanton Zürich eingeleitet.

Art. 17 Inkrafttreten / Vertragsdauer

Dieser Vertrag samt Anhängen tritt per 1. Januar 2013 in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Art. 18 Kündigung / Rücktritt

¹ Der Vertrag und dessen Anhänge können unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres, frühestens per 31. Dezember 2014, von jeder vertragsschliessenden Partei gekündigt werden. Eine Kündigung bedarf der schriftlichen Form. Bei Kündigung einzelner Versicherer läuft der Vertrag für die anderen Versicherer, die diesen Vertrag geschlossen haben, weiter.

² Will der Verband Curaviva Kanton Zürich den vorliegenden Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern, für welche tarifsuisse ag den Vertrag abgeschlossen hat, kündigen, ist er berechtigt, die Kündigung mit rechtsverbindlicher Wirkung an die tarifsuisse ag zuhanden der Vertragspartner zu richten. Das Kündigungsschreiben hat klar und unmissverständlich den Vertrag, welcher aufgelöst werden soll, zu bezeichnen, verbunden mit einer eindeutigen Erklärung, wonach dieser Vertrag gegenüber sämtlichen Versicherern aufgelöst wird. Die Kündigung gegenüber einzelnen Versicherern ist nicht möglich.

³ Einzelne Leistungserbringer können unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist auf das Ende eines Kalenderjahres den Rücktritt vom Vertrag samt Anhängen erklären. Der Rücktritt von einzelnen Vertragsbestandteilen oder einzelnen Anhängen ist nicht möglich.

Art. 19 Anhänge

Dieser Vertrag enthält die folgenden Anhänge:

Anhang 1

Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer

Anhang 2

Bedarfsmeldung - Meldeformular Akut- und Übergangspflege

Zürich, den

Curaviva Kanton Zürich

Andreas Paintner
Präsident

Claudio Zogg
Geschäftsleiter

Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich

Stadträtin Dr. Claudia Nielsen
Vorsteherin

tarifsuisse ag

Gebhard Heuberger
Leiter Abteilung Pflege

Annette Messer
Leiterin Pflege Region Ost

Anhang 1

Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer

Verzeichnis der dem Vertrag beigetretenen Leistungserbringer inkl. folgender Infos:

- ZSR-Nr.; EAN-Nummer (sofern vorhanden)
- Name
- PLZ, Ort
- System des Tiers payant oder Tiers garant

Anhang 2 Bedarfsmeldung

Meldeformular für Akut- und Übergangspflege

Leistungserbringer		
Patient	Name	Muster
	Vorname	Peter
	Strasse	Patientenweg 1
	PLZ	6000
	Wohnort	Luzern
	Geburtsdatum	15.01.1977
	Geschlecht	m
	Krankheitsbeginn	XX.XX.2011
	Versichertennummer	12345678
	Versichertenkartennummer	123.45678900
	Sozialversicherungsnummer	123.4567.1234.56
	Gesetz	KVG
	Behandlungsgrund	Krankheit
	Behandlungsart	AÜP
Spital		
ZSR-Nr. des Spitals		
EAN / GLN Nr. und Name des verordnenden Spitalarztes		
Diagnose	ICD-10	
Therapie	AÜP	
Behandlungsbeginn	XX.XX.2011	Behandlungsdauer X Tage

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 (Spezialklinik) ist nicht gerechtfertigt. Ja nein
5. Der Patient /die Patientin besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht. Ja nein
6. Er /sie hat den ausdrücklichen Wunsch geäussert, in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurück zu kehren. Ja nein
7. Die Ziele der AÜP wurden mit dem/ der Patient/in vereinbart. Ja nein

Voraussetzungen für eine AÜP ist, dass alle Fragen mit ja beantwortet werden können.

Beginn der AÜP:

Voraussichtliche Dauer (max. 14 Tage):

Wer übernimmt die AÜP?

ZSR-Nr.:

Name des Leistungserbringers:

Adresse des Leistungserbringers:

.....

Ort, Datum:

Unterschrift des verordnenden Spitalarztes / Spitalstempel

Original an AÜP Leistungserbringer
Kopie an Patientin / Patient
Kopie an Versicherer