

# Ärztliche Verordnung zur Akut- und Übergangspflege

## Patientin / Patient

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Versicherer \_\_\_\_\_  
Versichertennummer \_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_

## Leistungserbringer

Institution Pflegezentrum Zofingen  
Adresse Mühlethalstrasse 27  
PLZ Ort 4800 Zofingen  
  
ZSR-Nr. W 1511.19

## Diagnose

- separate Zustellung an Vertrauensarzt gem. KVG  
 Krankheit       Unfall       Invalidität

## Voraussetzungen für Akut- und Übergangspflege

JA      NEIN

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. die Patientin oder der Patient benötigt vorübergehend und befristet eine qualifizierte fachliche Betreuung über 24h insbesondere durch Pflegepersonal                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt ist nicht indiziert  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ein Aufenthalt in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist nicht indiziert  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. die Patientin oder der Patient ist nicht von einer stationären Pflegeeinrichtung ins Spital eingetreten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. die Patientin oder der Patient besitzt das Potential die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung zu nutzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. die Patientin oder der Patient hat den ausdrücklichen Wunsch geäußert, in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurück zu kehren  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Voraussetzungen für eine Akut- und Übergangspflege ist, dass alle Fragen mit ja beantwortet werden können. Es soll ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Pkt. 7 aufgestellt werden.

## Akut- und Übergangspflege

Beginn der Akut- und Übergangspflege \_\_\_\_\_ Bemerkungen:

Voraussichtliche Dauer (max. 14 Tage) \_\_\_\_\_ Tage       14 Tage

Unterschrift behandelnde/r Spitalärztin/-arzt (Stempel)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Kopie an Versicherer durch Leistungserbringer