



HOTEL KURHAUS AM SARNERSEE

Ärztliche Einweisung

Aufenthaltsart

☐ Ambulanter Aufenthalt

☐ Kur/Erholung

☐ AÜP (Akut- u. Übergangspflege): Seite 4 ergänzend ausfüllen

Einweisungsgrund

gewünschtes Eintrittsdatum

☐ Krankheit

☐ Unfall

Datum: _____ für _____ Tage

Adresse Betrieb – (Rehaklinik / Kurhaus / zugelassenes Heilbad / Betrieb mit AÜP)

Name

Ort

ZSR

Patient:in

☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers

Name / Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon privat

AHV-Nummer

Telefon mobile

Muttersprache

Vertrauensperson

Name / Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon privat

Telefon mobile

erholsam
ausgewogen
bewegt

Angaben zur Versicherung

Grundversicherung

Versicherungsnummer

Privat- Zusatzversicherung

Versicherungsnummer

Versicherungsart

Klasse

Zusatz ganze Schweiz

Patient kommt von
zu Hause

☐ Krankheit

☐ allgemein

☐ Ja

☐ Ja

☐ Unfall

☐ halbprivat

☐ Nein

☐ Nein

☐ Hausarztmodell

☐ privat

Einweisende:r Arzt / Ärztin

Name / Vorname

Spital / Praxis

Strasse

PLZ / Ort

Telefon / Fax

E-Mail

Sozialdienst im Spital / Klinik

Spital / Klinik

Kontaktperson

Telefon / Fax

E-Mail

Angaben zur Einweisung

Hauptdiagnose / Funktionsdefizite

Nebendiagnose

Therapie(n)

Begründung

medizinische Gründe:

zusätzliche sozialmedizinische Gründe:

Alle Angaben sind zur Weiterleitung an die Krankenversicherer / Kostenträger vorgesehen.

Ort/Datum/Unterschrift/Stempel des einweisenden Arztes

Ort/Datum:

Stempel:

Unterschrift:

Nur auszufüllen, wenn auf Seite 1 der Aufenthalt als AÜP angemeldet wird

Meldeformular für Akut- und Übergangspflege für ambulante Leistungserbringer

Spitalärztliche Beurteilung zur Anordnung der Akut- und Übergangspflege:

Die medizinischen Probleme sind bekannt und stabilisiert	☐ Ja	☐ Nein
Es besteht ein befristeter, pflegerischer Interventionsbedarf von bis zu 24 Std. pro Tag	☐ Ja	☐ Nein
Eine stationäre Rehabilitation ist nicht gerechtfertigt	☐ Ja	☐ Nein
Die Patientin/der Patient besitzt das Potential zur Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung ermöglicht	☐ Ja	☐ Nein
Die Patientin/der Patient will in die gewohnte Lebens-/Wohnsituation zurückkehren	☐ Ja	☐ Nein
Die Ziele der AÜP wurden mit der Patientin/dem Patienten oder ggf. mit Angehörigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter vereinbart	☐ Ja	☐ Nein

Beginn der AÜP:	
Voraussichtliche Dauer (max. 14 Tage)	

Wer übernimmt die AÜP?

Name Leistungserbringer:in	
Adresse Leistungserbringer:in	
Ort, Datum:	

Unterschrift/Stempel des verordnenden Spitalarztes / Spitalstempel

Spitalstempel:

Unterschrift:

- Kopie an Patient:in
- Kopie an Versicherer
- Original an AÜP-Leistungserbringer:in