

Informationen zum praktischen Umgang mit den Anforderungen im Rahmen des Anordnungsmodells für Psychologische Psychotherapie (betrifft auch die Zuweisung zur stationären integriert psychiatrischen Behandlung)

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen

Seit dem 1. Juli 2022 ist in der Schweiz das «Anordnungsmodell» in Kraft getreten. Um sicherzustellen, dass die Anforderungen, wie sie vom BAG ausgearbeitet wurden, erfüllt sind und dass die Psychologische Psychotherapie durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen wird, benötigen wir Ihre Unterstützung.

Unabhängig von der grundsätzlichen Klarheit dieser Anforderungen handhaben es die Kostenträgerinnen und Kostenträger gegenwärtig noch unterschiedlich. Zur Vereinfachung und in der Annahme, dass über kurz oder lang alle Interessevertreterinnen und Interessevertreter in der Gesundheitsversorgung für psychische Leiden eine einheitliche Handhabung haben werden, bitten wir Sie freundlichst, die nachstehenden Anmeldeformalitäten zu berücksichtigen.

Damit Vorgespräche bei der Einweisung zur stationären Therapie, Erstgespräche bei der Zuweisung zur ambulanten Therapie oder auch Zuweisungen zur Überprüfung der Anordnung von Psychologischen Psychotherapien reibungslos erfolgen können und auch die Abrechnung mühelos stattfinden kann, bitten wir Sie freundlichst für all diese Formen der Zuweisung eine Anordnung zur Psychotherapie beizulegen.

Wir freuen uns, wenn Sie uns und unsere Partnerinnen und Partner im Gesundheitswesen bei der möglichst reibungslosen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben unterstützen und wir so die Schwelle zum Therapiezugang für die betroffenen Menschen möglichst tief halten können.

Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie sich gerne an unsere Patientenadministration (+41 41 825 49 49) wenden.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Zuweisung stationäre Behandlung / Anordnung psychologische Psychotherapie

Die Patientin oder der Patient wird durch uns für ein Vorgespräch kontaktiert. Da die Vorgespräche durch psychologisches Personal durchgeführt werden können, bitten wir um eine Anordnung (unten). Die Kostengutsprache holen wir gerne ein.

Zuweiserin oder Zuweiser (Ärztin oder Arzt / Therapeutin oder Therapeut)

| | | | |
|----------------------|-------|-------------------|-------|
| Name | _____ | Telefon | _____ |
| Praxis/Klinik | _____ | Fax | _____ |
| Strasse, Hausnummer | _____ | E-Mail (HIN-Mail) | _____ |
| PLZ, Ort | _____ | GLN-Nr. | _____ |
| | | ZSR-Nr. | _____ |

Patientin oder Patient

(* zivilrechtliche Wohnadresse)

| | | | |
|--|---|----------------|-------|
| NAME | _____ | AHV-Nr. | _____ |
| Vorname | _____ | Zivilstand | _____ |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | _____ | Nationalität | _____ |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | Muttersprache | _____ |
| Strasse, Hausnummer * | _____ | Beruf | _____ |
| PLZ, Ort * | _____ | Telefon Privat | _____ |
| E-Mail Privat | _____ | Mobile | _____ |
| Vorangehende Aufenthalte in der stationären Psychiatrie, ggf. bei uns? | | | |

Versicherung

| | | | |
|---------------------------|---|---|---------------------------------|
| Grundversicherung | Name: _____ | Versicherten-Nr. | _____ |
| | Ort: _____ | Karten-Nr. | _____ |
| Versicherungsmodell | <input type="checkbox"/> freie Arztwahl | <input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell (HMO/Tel Doc/Med Gate) | |
| Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> keine | | |
| Versicherungs-Klasse | <input type="checkbox"/> ganze Schweiz, allgemein | <input type="checkbox"/> Halbprivat | <input type="checkbox"/> Privat |
| weitere Zusätze | <input type="checkbox"/> Komplementär-Medizin | <input type="checkbox"/> Unfall | |
| | (wenn nicht identisch mit Grundversicherung) | | |
| | Name: _____ | Versicherten-Nr. | _____ |
| | Ort: _____ | Karten-Nr. | _____ |

Hausärztin oder Hausarzt (wenn nicht identisch mit Zuweiserin oder Zuweiser)

| | | | |
|------|-------|---------|-------|
| Name | _____ | Adresse | _____ |
|------|-------|---------|-------|

Anordnung (Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

| | | |
|-------------|---|--|
| Anordnung 1 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | <input type="checkbox"/> Krisenintervention/Kurztherapie (max. 10 Sitzungen) |
| Anordnung 2 | <input type="checkbox"/> Psychotherapie (max. 15 Sitzungen) | <input type="checkbox"/> Behandlung nach 30 Sitzungen |

Diagnosen (ICD-10)

.....

.....

.....

Zuweisungsgrund / Auftrag an das AMEOS Seeklinikum Brunnen

.....

.....

.....

Bisherige Therapien und stationäre Aufenthalte

.....

.....

.....

Aktuelle Medikation mit Dosierung (ggf. Verordnungsschema beilegen)

.....

.....

.....

Besteht eine Unverträglichkeit oder Abhängigkeit?

- Nein Ja, welche:

Anmerkungen zur Behandlung

.....

.....

.....

Beilagen

Wir bitten Sie um Zustellung von Berichten und Laborbefunden:

- keine Beilagen Laborbefund Berichte Kostengutsprache

Datenschutz und Anmeldung

Aus Gründen des Datenschutzes bitten wir Sie, sensitive Daten wie Patientenmeldungen und Patientenakten datenschutzkonform über die sichere Extranet-Plattform **HIN** (Health Info Net) einzureichen an:

patadmin@brunnen.ameos.ch

Unterschrift Zuweiserin oder Zuweiser (Ärztin oder Arzt / Therapeutin oder Therapeut)

.....
Ort, Datum

.....
Verordnet durch (Name, Praxis/Klinik, Unterschrift)