

Name Spital:

Vorname/Nachname Patient/Patientin:

AHV-Nr. Patient/Patientin:

Klebettikette

Geburtsdatum Patient/Patientin:

Eintrittsdatum:

Formular Ausnahmekriterien (gültig ab 1. Januar 2018)

Notwendigkeit stationärer Behandlung der ambulant durchzuführenden Untersuchungen und Behandlungen

Bitte kreuzen Sie alle zutreffende Kriterien an

A Zu erwartende Intensität der Behandlung		
A1	Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation / Infusion (schliesst Sonden-ernährung nicht ein)	
A2	Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Massnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert	
A3	Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen länger als 4 Stunden notwendig	
A4	Behandlung auf einer Intensivstation notwendig	
B Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Massnahmen		
B1	Signifikant pathologische Lungenparameter	
B2	Schlafapnoe-Syndrom: Anamnestisch bekanntes schweres Schlafapnoe-Syndrom	
B3	Nicht temporär substituierbare Blutkrankheiten: Operationsrelevante Gerinnungsstörung; operationsrelevante, therapiepflichtige Blutkrankheit	
B4	Manifeste Herzerkrankungen: Angina pectoris Grad III oder IV (CCS); manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)	
B5	Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese	
B6	Patienten, bei denen ein besonders überwachungspflichtiger Zustand bei instabiler Erkrankung (z.B. instabiler Diabetes, nicht aber gut eingestellter Diabetes) besteht.	
B7	Adipositas III (WHO Classification)	
C Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Massnahmen		
C1	Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle und/oder komplexe Behandlungsschemata	
C2	Komplexe Behandlungsschemata (Analgesie, Antibiose, Chemotherapie, Gerinnungsüberwachung, u.a.)	
D Faktoren, aufgrund derer eine sofortige medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Massnahmen (geprüft und dokumentiert)		
D1	Fehlende Kommunikationsmöglichkeit	
D2	Keine Transportmöglichkeit zu oder schlechte Erreichbarkeit von ärztlicher Betreuung und/oder durch Rettungsdienste	
D3	Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten	
D4	Fehlende Versorgungsmöglichkeiten durch Person in den ersten 24h	
E Notwendigkeit stationärer Behandlung aus anderen als o.g. Gründen erforderlich		
Wegen der Individualität des medizinischen Sachverhaltes und aufgrund der Gesamtbewertung des Krankheitsbildes ist die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme bzw. eines Behandlungstages gegeben (siehe nachfolgende Detailangaben)		
E1	Detailangaben:	
Ort/Datum	Name Arzt/Ärztin sowie Unterschrift und Stempel	

Formular zurücksenden an:

Amt für Gesundheit, Medizinische Abteilung, Gartenstrasse 3, 6300 Zug

