

SELBSTDEKLARATION - PARAMEDIZINISCHE TARIFE

Anerkennung für die Abrechnung von Leistungen für die ambulante, interdisziplinäre, nichtärztliche Neurorehabilitation und/oder muskuloskeletale Rehabilitation

Stammdaten (bitte in Blockschrift)

| | |
|----------------|--|
| Institution | |
| Strasse | |
| PLZ/Ort | |
| Telefon-Nr. | |
| Fax-Nr. | |
| E-Mail Adresse | |
| ZSR.-Nr. | |
| EAN-Nr. | |

Unsere Institution erfüllt in Bezug auf die ambulante, interdisziplinäre, nichtärztliche Neurorehabilitation und/oder muskuloskeletale Rehabilitation folgende **Anforderungen:**

| | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Zulassungsbedingungen allgemein | | Ja | Nein |
| ▶ | Die Institution ist auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt. (Bitte Kopie der kantonalen Spitalliste beilegen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zulassungsbedingungen muskuloskeletale Rehabilitation | | Ja | Nein |
| ▶ | Die Institution verfügt über einen kantonalen Leistungsauftrag muskuloskeletaler Rehabilitation. (Bitte Kopie des Leistungsauftrages beilegen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ | Die Institution verfügt über die Sparten Physikalische Medizin und Rehabilitation oder Rheumatologie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zulassungsbedingungen Neurorehabilitation | | Ja | Nein |
| ▶ | Die Institution verfügt über einen kantonalen Leistungsauftrag Neurorehabilitation. (Bitte Kopie des Leistungsauftrages beilegen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ | Die Institution verfügt neben der Sparte Neurologie über die Sparten Physikalische Medizin und Rehabilitation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Strukturelle Bedingungen allgemein | | Ja | Nein |
| ▶ | <u>Räume</u> Rollstuhlgängig und behindertengerecht für Schulung und Besprechung für Einzeltherapie für Gruppentherapie für funktionelle Ergotherapie mit Schulungsinfrastruktur und -mobiliar Ruhe- und Aufenthaltsräume für Patienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ | <u>Allgemeine Struktur</u> Bewegungs- und Therapiebad mit Lift (keine Grundvoraussetzung für Leistungserbringung) Terrain für Geh- und Laufschulung Reanimations- und Notfallüberwachungsgeräte Möglichkeit zur Verpflegung und Liegenbenützung Einrichtungen und apparative Ausrüstung für aktive und passive Therapieformen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strukturelle Bedingungen Neurorehabilitation | | Ja | Nein |
| ▶ | <u>Spezifische Struktur</u> Einrichtung für Training täglicher und beruflicher Aktivitäten (Activity of Daily Living) Ausrüstung für logopädische Abklärungen Möglichkeit für psychiatrische und neuropsychologische Abklärungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Personelle Bedingungen allgemein | | Ja | Nein |
|---|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▶ Die fachärztliche Aufsicht ist jederzeit sichergestellt. Die Leistungen erfolgen unter ärztlicher Überwachung. Der verantwortliche Facharzt hat ein Arbeitspensum von 100% an der Klinik. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personelle Bedingungen muskuloskelettaler Rehabilitation | | Ja | Nein |
| ▶ <u>Folgende personelle Voraussetzungen sind erfüllt:</u> Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder für Rheumatologie Dipl. Physiotherapeut mit Rehabilitations-Erfahrung Dipl. Ergotherapeut mit Rehabilitations-Erfahrung Pflege- und Koordinationsperson mit Rehabilitations-Erfahrung Zugang zu einem diplomierten Psychologen Zugang zu einem diplomierten Ernährungsberater | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personelle Bedingungen Neurorehabilitation | | Ja | Nein |
| ▶ <u>Folgende personelle Voraussetzungen sind erfüllt:</u> Facharzt für Neurologie Neuropsychologe Dipl. Physiotherapeut mit Ausbildung in neurorehabilitativen Behandlungsmethoden Dipl. Ergotherapeut mit Rehabilitations-Erfahrung Dipl. Logopäde mit Rehabilitations-Erfahrung Pflege- und Koordinationsperson mit Ausbildung in neurorehabilitativen Behandlungsmethoden Zugang zu einem Facharzt für Psychiatrie | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angaben zur Leitung Physiotherapie und Ergotherapie | | | |
| ▶ Physiotherapeutische Leitung durch: | <input type="text"/> | | |
| Ergotherapeutische Leitung durch: | <input type="text"/> | | |

| Prozessorientierte Bedingungen | | Ja | Nein |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| ▶ <u>Folgende Voraussetzungen werden erfüllt:</u> Dokumentierte und strukturierte Therapieprogramme Dokumentierte Diagnostik Dokumentierte Therapie- und Rehabilitationsplanung mit Orientierung am ICF Anwendung / Dokumentation von Assessmentinstrumenten (Eintritt/Verlauf/Austritt) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Die Zusatzvereinbarung für Spitäler und Kliniken zur Abrechnung von ambulanter, interdisziplinärer, nichtärztlicher Neurorehabilitation und/oder muskuloskelettaler Rehabilitation wird umgesetzt. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

▶ **Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:**

Ort, Datum

Name

Unterschrift und Stempel der Klinikleitung