

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Leistungen erfolgen unter ärztlicher Überwachung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der verantwortliche Facharzt hat ein Arbeitspensum von 100% an der Klinik.	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipl. Physiotherapeut mit Rehabilitations-Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipl. Ergotherapeut mit Rehabilitations-Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege- und Koordinationsperson mit Rehabilitations-Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zugang zu einem diplomierten Psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zugang zu einem diplomierten Ernährungsberater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personelle Bedingungen Neurorehabilitation

	Ja	Nein
▶ <u>Folgende personelle Voraussetzungen sind erfüllt:</u>		
Facharzt für Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipl. Physiotherapeut mit Ausbildung in neurorehabilitativen Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipl. Ergotherapeut mit Rehabilitations-Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipl. Logopäde mit Rehabilitations-Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege- und Koordinationsperson mit Ausbildung in neurorehabilitativen Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zugang zu einem Facharzt für Psychiatrie	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentierte Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentierte Therapie- und Rehabilitationsplanung mit Orientierung am ICF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung / Dokumentation von Assessmentinstrumenten (Eintritt/Verlauf/Austritt)	<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