



## Organisation der **Krankenpflege und Hilfe zu Hause**

### Zulassung als Leistungserbringer zulasten der OKP

Die Voraussetzungen und Erläuterungen entnehmen Sie der Gesetzgebung:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html>

Das Gesuchsformular führt schrittweise durch alle hierfür notwendigen Angaben und Beilagen. Es ist vollständig (elektronisch) ausgefüllt und mit allen Beilagen per Post zu senden an:

Bewilligungen & Aufsicht  
Stampfenbachstrasse 30  
Postfach  
8090 Zürich

#### 1. Daten der Organisation

Name der Organisation

Verantwortliche Person

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon

E-Mail

Website

#### 2. Zulassungskriterien

Sie haben Ihren sachlichen Tätigkeits-Bereich festgelegt	Beschreibung des Leistungsspektrums																																								
Sie haben Ihren zeitlichen Tätigkeits-Bereich festgelegt	Öffnungszeiten <table border="1"><thead><tr><th>Wochentag</th><th>von</th><th>bis</th><th>von</th><th>bis</th></tr></thead><tbody><tr><td>Montag</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Dienstag</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Mittwoch</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Donnerstag</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Freitag</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Samstag</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sonntag</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Wochentag	von	bis	von	bis	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag					Samstag					Sonntag				
Wochentag	von	bis	von	bis																																					
Montag																																									
Dienstag																																									
Mittwoch																																									
Donnerstag																																									
Freitag																																									
Samstag																																									
Sonntag																																									
<b>Inbetriebnahme geplant per:</b>																																									

<p>Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat.</p>	<p>Beilagen: Personalspiegel mit folgenden Angaben inkl. Kopien (siehe 3.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Person / Pensum</li> <li>○ Berufsausübungsbewilligung Kanton ZH</li> </ul>
<p>Sie verfügen über die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen</p>	<p>Beschreibung der Infrastruktur</p>

### 3. Qualitätsanforderungen

Bitte beachten Sie die Kurzausführungen: <https://www.zh.ch/de/gesundheit/gesundheitsberufe.html#1895641542>

#### 1. Verfügen Sie über das erforderliche qualifizierte Personal\*, um Ihre Leistungen nach KVG erbringen zu können?

Nein: Begründung:

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte an, wie sich Ihr Personal zusammensetzt (Anzahl Beschäftigte und Vollzeitäquivalente pro Berufsgruppe; berufliche Qualifikationen sowie die für die Leistungserbringung notwendigen und absolvierten Aus- und Weiterbildungen pro Person):

\* Das für die Leistungserbringung erforderliche Personal muss während der ganzen Dauer der Leistungserbringung in ausreichender Anzahl verfügbar und für die Leistungserbringung ausgebildet sein, damit die Qualität der Leistungserbringung sichergestellt werden kann. Beispielsweise muss das Personal für die vorgesehenen Behandlungen, allfälligen Medikamentenabgaben und -verabreichungen sowie allfällige, daraus erfolgende Notfälle eine entsprechende Qualifikation vorweisen. Insbesondere muss es eine Ausbildung in Hygiene vorweisen, wenn es im Rahmen von Eingriffen in der Praxis beigezogen wird. Personen, die Patientinnen und Patienten beraten (beispielsweise am Telefon bezüglich sofortiger oder späterer Behandlung etc.), müssen über eine entsprechende Ausbildung verfügen. (Quelle: Erläuternder Bericht zur Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung [KVV], S. 25).

#### 2. Verfügen Sie über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem?

Nein: Begründung:

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, beschreiben Sie bitte kurz die Prozesse und Strukturen Ihres Qualitätsmanagementsystems und nennen Sie seinen Namen, falls ein solcher existiert:

**3. Verfügen Sie über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem?**

Nein: Begründung

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, umschreiben Sie bitte kurz Ihr internes Berichts- und Lernsystem und nennen Sie seinen Namen, falls ein solcher existiert:

**4. Sind Sie einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen?**

Nein: Begründung:

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, nennen Sie bitte den Namen des Netzwerks:

**5. Verfügen Sie über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen?**

Nein: Begründung:

Ja

Falls Sie mit Ja geantwortet haben, geben Sie bitte an, über welche technische Ausstattung Sie verfügen: Welche Primärsysteme und Austauschformate werden verwendet? Ist die Mehrfachutzung der Daten sichergestellt?

**Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie neben der Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV auch die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung nach Art. 58a Abs. 6 KVG befolgen müssen, sobald entweder ein entsprechender Qualitätsvertrag im Sinn von Art. 58a KVG abgeschlossen und vom Bundesrat genehmigt worden ist oder der Bundesrat – beim Fehlen eines Qualitätsvertrags – die entsprechenden Regeln festgelegt hat. Als Leistungserbringer müssen Sie sich an die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung halten, auch unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft.**

Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum:

Unterschrift:

---

Für Rückfragen:

---

gesundheitsberufe@gd.zh.ch