

Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

Personalien Kunde/in		Namen und Adresse Versicherung	
Name	Vorname		
Strasse	PLZ/Ort		
Geburtsdatum	Telefon Privat		
Versichertennummer	an Vertrauensarzt		
AHV Nummer	Diagnose:		
Kartennummer	Geburt am		
Ablaufdatum	1.P./Fg/Sectio <input type="radio"/> anderes: <input type="radio"/>		
	2.Para <input type="radio"/>		
[] Unfall [] Krankheit [] Invalidität [] Geburtsgebrechen		[X] Mutterschaft [] Hilflosenentschädigung	
Ärztliche Verordnung		[X] Erstabklärung	[] Neuevalutation
(nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen)			
Zeitdauer von: _____ bis: _____			
Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer Minuten pro Quartal in
7a/ Ziff. 1	Bedarfsabklärung	mal	min
7a/ Ziff. 2	Massnahmen der Beratung	mal	min
7a/ Ziff. 3	Koordination der Massnahmen	mal	min
7b/ Ziff. 1	Messung der Vitalzeichen	mal	min
7b/ Ziff. 3	Entnahme Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken	mal	min
Total a			
Total b			
Total c			
Total	0		
Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:		Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.: J334231	
		Name Strasse Ort	Stephanie Auer Steigstrasse 2d 8463 Benken
		Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten:	
Datum:	Unterschrift Arzt/Ärztin:	Datum:	Unterschrift Pflegefachfrau/-mann:

Version Juni.16