

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:	
Kartenummer		Geburt am	
Ablaufdatum		1.P./Fg/Sectio <input type="radio"/> anderes:	
		2.Para <input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen		<input checked="" type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung	
Ärztliche Verordnung		<input checked="" type="checkbox"/> Erstabklärung <input type="checkbox"/> Neuevaluation	
(nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen <div style="text-align: center;"> Zeitdauer von: _____ bis: _____ </div>			
Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Minuten pro Quartal
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 Stephanie Auer	
		Strasse Steigstrasse 2d	
		Ort 8463 Benken	
		Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten:	
Datum: _____ Unterschrift Arzt/Ärztin: _____		Datum: _____ Unterschrift Pflegefachfrau/-mann: _____	