

Zeitdauer von _____ bis _____

Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um maximal 6 Monate.

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	Kt _____
Telefon/Natel _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherer _____	Versicherten-Nr. _____

B) Diagnose

C) Verordnung Krankenpflege

(durch Pflegefachperson auszufüllen)

Leistungen nach KLV 7/Tarifziffer	Minuten/Jahr
lit a Ziff 1: Abklärung des Pflegebedarfs	_____
lit a Ziff 2: Beratung des Patienten	_____
lit a Ziff 3: Koordination der Leistungen (besondere Voraussetzungen gemäss KLV 7, Absatz 2bis beachten)	_____
lit b Ziff 1: Messung der Vitalzeichen	_____
lit b Ziff 4: Massnahmen zur Atemtherapie	_____
lit b Ziff 7: Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten	_____
lit b Ziff 9: Massnahmen zur Überwachung von Geräten	_____
lit b Ziff 10: Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden	_____

D) Begründung bei erhöhtem Pflegebedarf

E) Unterschrift Pflegefachperson

Zuständige Person

Name/ZSR-Nr weitere Beteiligte

Datum/Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

F) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)

Verordnender Arzt/Ärztin _____

Datum der Verordnung _____

Datum der Spitalentlassung _____

evtl. Hausarzt _____

Spezielle Anordnung _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung senden an
