

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
