

# Musterverordnung Nr. 6

## Pflege bei erhöhtem Bedarf

Drucken

### ÄRZTLICHE VERORDNUNG

#### Pflege ambulant oder zu Hause

Gemäss Zusatzvereinbarung mit der tarifsuisse ag vom 01.01.2015

Erstabklärung

Neuevaluation

# 6

LUNGENLIGA  
LIGUE PULMONAIRE  
LEGA POLMONARE

---

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**

<b>Zuständige Person</b> Name/ZSR-Nr weitere Beteiligte _____	Datum/Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: right; font-size: 8px;"><small>Bllddatei auswählen</small></p>
---	---

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

<b>Verordnender Arzt/Ärztin</b> Datum der Verordnung _____ Datum der Spitalentlassung _____ evtl. Hausarzt _____ Spezielle Anordnung _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: right; font-size: 8px;"><small>Bllddatei auswählen</small></p>
--	---

**Verordnung senden an**

TG _____	Lungenliga Thurgau, Bahnhofstrasse 15, 8570 Weinfelden Tel: 071 626 98 98, Fax: 071 626 98 99, Mail: info@lungenliga-tg.ch
----------	---

### WICHTIG:

Bei dieser Verordnung handelt es sich um eine weitergehende Beratung, welche durch die LLTG ausgeführt wird.

Die Punkte A bis E werden bei Bedarf durch die Pflegefachpersonen der LLTG ausgefüllt und dem Arzt / der Ärztin zugestellt.

Bitte vollständig ausfüllen. Erforderlich für Anerkennung der Krankenkassen.

Anschliessend wieder an die LLTG retournieren.

→ Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter [www.lungenliga-tg.ch](http://www.lungenliga-tg.ch)

