

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 3: Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken	_____
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

Selbstmanagement-Coaching «Besser leben mit COPD»: Einzelleistung am Patient
(Ein- und Austrittsgespräch, individuelle Sitzung, telefonische Follow-ups)

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
