

# Musterverordnung Nr. 6 Pflege ambulant oder zu Hause

## Allgemeine Informationen

Dieses Formular wird für zusätzliche Beratungen für alle Therapie-systeme und bei erhöhtem Pflegebedarf verwendet. Es kommt ausserdem für Beratungs- und Betreuungsverordnungen von Patientin-nen und Patienten für die nicht invasive und invasive Heimventilation der SVK-Krankenversicherer zur Anwendung.

Ordern

### ÄRZTLICHE VERORDNUNG Pflege ambulant oder zu Hause

Erstabklärung   
Neuevaluation

# 6

LUNGENLIGA  
LIGUE PULMONAIRE  
LEGA POLMONARE

Gemäss Zusatzvereinbarung mit der IATFuisse sg vom 01.01.2015

**a** Zeitdauer von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um maximal 6 Monate.

**b** **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. _____

**c** **B) Diagnose**

\_\_\_\_\_

**d** **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** **D) Begründung bei erhöhtem Pflegebedarf**

\_\_\_\_\_

**d** **E) Unterschrift Pflegefachperson**

Zuständige Person Name/ZSR-Nr weitere Beteiligte _____	Datum/Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
_____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <small>Bilddatei auswählen</small>

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

Verordnender Arzt/Ärztin _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum der Verordnung _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <small>Bilddatei auswählen</small>
Datum der Spitalentlassung _____	
evtl. Hausarzt _____	
Spezielle Anordnung _____	

Verordnung senden an **Lungenliga St.Gallen–Appenzell, Kolumbanstrasse 2,  
SG 9008 St.Gallen. Tel. 071 228 47 47, info@lungenliga-sg.ch**

- a** Bitte angeben, ob Erstverordnung oder Neuevaluation.
- b** Bitte Zeitdauer eintragen.
- c** Bitte füllen Sie die Punkte A) und B) vollständig aus.
- d** Die Punkte C), D) und E) werden von den Pflegefachpersonen der Lungenliga St.Gallen–Appenzell ausgefüllt.
- e** Bitte vollständig ausfüllen, inklusive Unterschrift, Stempel und ZSR-Nummer. Die Verordnung wird sonst von der Krankenkasse nicht anerkannt.

Das Formular für die SVK-Krankenversicherer ist online verfügbar unter [www.svk.org/formulare/](http://www.svk.org/formulare/). Oder scannen Sie einfach den QR-Code ab und füllen Sie das Formular aus.



Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter [www.lungenliga-sg.ch](http://www.lungenliga-sg.ch). Oder einfach QR-Code absキャンen, downloaden und ausfüllen.

