

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	_____	E-Mail	_____
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 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

\_\_\_\_\_