

Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

Personalien Kunde/in		Namen und Adresse Versicherung	
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburtsdatum			
Telefon Privat			
Versichertenummer		an Vertrauensarzt	
AHV Nummer		Diagnose:	
Kartenummer		Geburt am	
Ablaufdatum		1.P./Fg/Sectio <input type="radio"/> anderes:	
		2.Para <input checked="" type="radio"/>	
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen <input checked="" type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung			
Ärztliche Verordnung		<input checked="" type="checkbox"/> Erstabklärung <input type="checkbox"/> Neuevaluation	
(nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen)			
Zeitdauer von:		bis:	
Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Total Dauer in Minuten
7a/ Ziff. 1	Bedarfsabklärung	mal	min
7a/ Ziff. 2	Massnahmen der Beratung	mal	min
7a/ Ziff. 3	Koordination der Massnahmen	mal	min
7b/ Ziff. 1	Messung der Vitalzeichen	mal	min
7b/ Ziff. 3	Entnahme Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken	mal	min
7c/ Ziff. 1	Grundpflege allgemeine Körperpflege bei Mu/Ki	mal	min
7c/ Ziff. 2	Grundpflege mit Einsatz Orientierungshilfen/Sicherheit	mal	min
Total a			
Total b			
Total c			
Total	0		
Arzt/Ärztin (Stempel)			
		Name	
		Strasse	
		Ort	
		Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten:	
Datum:		Datum:	
Unterschrift Arzt/Ärztin:		Unterschrift Pflegefachfrau/-mann:	