

Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

Personalien Kunde/in		Namen und Adresse Versicherung	
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburtsdatum			
Telefon Privat			
Arbeitgeber		an Vertrauensarzt	
PLZ/Ort		Diagnose:	
Telefon Geschäft			
Versicherer			
Vers./Unfall-Nr.			
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung			
Ärztliche Verordnung		<input 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	Dauer in Minuten pro Quartal
Abs.2/Ziff10	Fusspflege bei Diabetikern	1x pro Monat	
Total a			
Total b			
Total c			
Total			
Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:		Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.: Y083720	
		Nadja Gsell-Hungerbühler	
		Gartenweg 4	
		9215 Schönenberg	
		Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten:	
Datum:		Datum:	
Unterschrift Arzt/Ärztin:		Unterschrift Pflegefachfrau/-mann:	