

Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

Personalien Kunden/in		Namen und Adresse Versicherung	
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburtsdatum			
Telefon Privat			
Arbeitsgeber		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			
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:			
Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Min.*
2	Behandlungspflege: Fusspflege bei Diabetes mell.	1x pro Monat	60
		Total	=
*per Abschnitte von 10 Minuten			
Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:		Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.: 3406.02	
		Monika Wiedmer Diemtigtalstr. 100 3753 Oey 033 681 27 74 F 3406.02	
Datum: _____		Datum: _____	
Unterschrift Arzt/Ärztin: _____		Unterschrift Pflegefachfrau/-mann: _____	
