

## Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

<b>Personalien Kunden/in</b>		<b>Namen und Adresse Versicherung</b>	
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"/> Invaldität		<input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen	
<b>Ärztliche Verordnung</b>		<input type="checkbox"/> Erstabklärung	
		<input type="checkbox"/> Neuevaluation	
(nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen)			
Zeitdauer von:		bis:	
<b>Krankenpflege</b> (durch Pflegefachfrau auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Min.*
a / 53201	Beratung		
b10 / 53202	Wundbehandlung		
	Kompression MiGel 17.**.*		
	Wundverbandmaterial MiGel 34.**.*		
	Wundverbandmaterial MiGel 35.**.*		
	Verschiedenes MiGel 99.**.*		
		Total a / 53201 =	
		Total b / 53202 =	
		Total =	
<b>*per Abschnitte von 10 Minuten</b>			
Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:		Pflegefachfrau ZSR-Nr.:	
		Silvia Jucker-Bohren, ZSR-Nr: T 8496.02	
Datum:	Unterschrift Arzt/Ärztin:	Datum:	Unterschrift Pflegefachfrau: