

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:		bis:	
Krankenpflege (durch Pflegefachfrau auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Min.*
Total		=	
*per Abschnitte von 10 Minuten			
Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:		Pflegefachfrau ZSR-Nr.:	
Datum:	Unterschrift Arzt/Ärztin:	Datum:	Unterschrift Pflegefachfrau: