

6 Verordnungsformular

Pflege ambulant oder zu Hause

Erstabklärung
Neuevaluation



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____
Telefon/Mobile _____
E-Mail _____
Geschlecht _____

Geburtsdatum _____
Kostenübernahme IV KK _____
Krankenkasse _____
Versicherten-Nr. _____
AHV-Nr. _____

B) Diagnose

C) Verordnung Krankenpflege

(durch Pflegefachperson auszufüllen)

Leistungen nach KLV 7/Tarifziffer	Minuten/Jahr
lit a Ziff 1: Abklärung des Pflegebedarfs	_____
lit a Ziff 2: Beratung des Patienten	_____
lit a Ziff 3: Koordination der Leistungen (besondere Voraussetzungen gemäss KLV 7, Absatz 2bis beachten)	_____
lit b Ziff 1: Messung der Vitalzeichen	_____
lit b Ziff 3: Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken	_____
lit b Ziff 4: Massnahmen zur Atemtherapie	_____
lit b Ziff 7: Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten	_____
lit b Ziff 9: Massnahmen zur Überwachung von Geräten	_____
lit b Ziff 10: Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden	_____

D) Begründung bei erhöhtem Pflegebedarf

E) Unterschrift Pflegefachperson

Zuständige Person

Name/ZSR-Nr. _____
weitere Beteiligte _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)

F) Verordnender Arzt/Ärztin

Datum der Verordnung _____
Verordnender Arzt/Ärztin _____
E-Mail _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)