

6 Verordnungsformular

Pflege ambulant oder zu Hause

Erstabklärung
Neuevaluation



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Adresse	_____	Kostenübernahme	IV KK
PLZ/Ort	_____	Krankenkasse	_____
Telefon/Mobile	_____	Policen-Nr.	_____
E-Mail	_____	Versicherten-Nr.	_____
Geschlecht	_____	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	_____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	(Bilddatei auswählen)
Name/ZSR-Nr	_____		
weitere Beteiligte	_____		

F) Verordnender Arzt/Ärztin

_____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	(Bilddatei auswählen)
Datum der Verordnung	_____	
Verordnender Arzt/Ärztin	_____	
E-Mail	_____	