

## Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

<b>Personalien Kunde/in</b>		<b>Namen und Adresse Versicherung</b>	
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburtsdatum			
Telefon Privat			
Versicherer		an Vertrauensarzt	
Versichertenummer		Diagnose:	
AHV Nummer		Geburt am:	
Kartenummer		1.P/FG/Sectio <input type="radio"/>	
Ablaufdatum		2. Para oder mehr <input type="radio"/> Anderes:	
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen <input checked="" type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung			
<b>Ärztliche Verordnung</b>		<input checked="" type="checkbox"/> <b>Erstabklärung</b> <input type="checkbox"/> <b>Neuevaluation</b>	
(nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen)			
Zeitdauer von:		bis:	
<b>Krankenpflege</b> (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Minuten pro pro
<b>7a/ Ziff. 1</b>	<b>Bedarfsabklärung</b>	<b>mal</b>	<b>min</b>
<b>7a/ Ziff. 2</b>	<b>Massnahmen der Beratung</b>	<b>mal</b>	<b>min</b>
<b>7a/ Ziff. 3</b>	<b>Koordination der Massnahmen</b>	<b>mal</b>	<b>min</b>
<b>7b/ Ziff. 1</b>	<b>Messung der Vitalzeichen</b>	<b>mal</b>	<b>min</b>
<b>7b/ Ziff. 3</b>	<b>Entnahme Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken</b>	<b>mal</b>	<b>min</b>
Total a 53201			
Total b 53202			
Total c 53203			
<b>Total</b>			
Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:		Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.:      X229414	
		Name:      Gessner Laurent Raphaële	
		Strasse:     Underi Lochstrass 2	
		Ort:          8460 Marthalen	
		Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten:	
Datum:		Datum:	
Unterschrift Arzt/Ärztin:		Unterschrift Pflegefachfrau/-mann:	