

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 checked="" 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.*
a / 53201	Beratung		
b10 / 53202	Wundbehandlung		
	Wundverbandmaterial MiGel 35.**.*		
	Kompression MiGel 17.**.*		
	Verschiedenes MiGel 99.**.*		
		Total a / 53201 =	
		Total b / 53202 =	
		Total =	

***per Abschnitte von 10 Minuten**

Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:	Pflegefachfrau ZSR-Nr.:
X	Silvia Jucker-Bohren ZSR-Nr: T 8496.02 Claudia Lobsiger ZSR-Nr: T 5719.02

Datum: Unterschrift Arzt/Ärztin:	Datum: Unterschrift Pflegefachfrau:
X	