

Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause (Art. 7 KLV)

Patient/Patientin

Empfänger

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Geschlecht: Geb.datum:

AHV-Nr.:

Tel.:

Versicherung

Gesetz:

Vers.-Nr:

Unfall-Nr / -Datum:

Adm. Daten

Hilflosenentschädigung:

Behandlungsgrund:

Gültigkeit für:

Gültigkeit von:

Tagesheimaufenthalt: nein ja

Verordnung:

Nettobedarf Pflegeleistung in min (Daten gemäss Leistungsblatt Seite 2)

	KLV-Leistungen			Total/min	Migel Leistungen
	a	b	c		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Anpassungen der doppelten Zeiterfassung bei simultan erbrachten Leistungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SFr

Grund der Pflegebedürftigkeit/ Krankheitsbild (durch die Ärztin/ den Arzt auszufüllen)

Ärztin/Arzt

Spitex

GLN: ZSR:

Mail:

GLN: ZSR:

Mail:

Datum Unterschrift _____
bei elektronischer Einsendung unötig

Datum Unterschrift _____
bei elektronischer Einsendung unötig

Elektronische Übermittlung

