SBK
ASI

Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

Personalien Kunde/in	**Namen und Adresse Versicherung**
Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Telefon Privat	
Arbeitgeber	an Vertrauensarzt
PLZ/Ort	Diagnose:
Telefon Geschäft	
Versicherer	
Vers./Unfall-Nr.	

[ ] Unfall [ ] Krankheit [ ] Invalidität [ ] Geburtsgebrechen [ ] Mutterschaft [ ] Hilflosenentschädigung

Ärztliche Verordnung **[ ] Erstabklärung** **[ ] Neuevalutation**

(nur bei ärztl. verordneter Massnahme, z.B. Injektion
Medikamente durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Zeitdauer von: bis:

Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)

Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Minuten pro Quartal
Total a 53201			
Total b 53202			
Total c 53203			
Total			

Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:	Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.:
	Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten:
Datum: Unterschrift Arzt/Ärztin:	Datum: Unterschrift Pflegefachfrau/-mann:

Version September 2017