

Musterverordnung Nr. 6 Pflege ambulant oder zu Hause

Allgemeiner Hinweis

Dieses Formular dient zur Verordnung von zusätzlichen Abklärungs-, Beratungs- und Pflegeleistung Ergänzung zu den Basiszeiten in den Verordnungen 1 – 5. Verändert sich der Bedarf signifikant und dauerhaft, ist eine erneute Bedarfsabklärung durchzuführen und der Krankenkasse eine neue Verordnung zu schicken. Bestimmte Krankenkassen definieren dazu fixe Vorgaben, z.B. CSS und Helsana, für welche eine neue Bedarfsabklärung dann zwingend vorzunehmen ist, wenn sich abzeichnet, dass der effektive Pflegebedarf den

ursprünglich geschätzten Pflegebedarf um 50% und mehr übersteigt. Für die CSS muss die Verordnung 6 in jedem Fall (Erstverordnung und Neuevaluationen), zusätzlich zu den Verordnungen 1 – 5, mit diesem Formular verordnet werden (Basiszeit und zusätzlich benötigte Zeit). Dieses Formular wird weiter für die Beratung und Betreuung von Patientinnen/Patienten von SVK-Versicherern im Bereich invasive/nichtinvasive Heimventilation verwendet.

ÄRZTLICHE VERORDNUNG
Pflege ambulant oder zu Hause

Gemäss Zusatzvereinbarung mit der barfuuisse ag vom 01.01.2015

a Erstabklärung
Neuevaluation

6 LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

b **c** **d** **e**

a **b** **c** **d** **e**

b **c** **d** **e**

c **d** **e**

d **e**

d **e**

e

Zeitdauer von _____ bis _____
Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um maximal 6 Monate.

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	Kt _____
Telefon/Natel _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherer _____	Versicherten-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 Name/ZSR-Nr weitere Beteiligte _____	Datum/Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <small>Bilddatei auswählen</small>
---	---

F) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)

Verordnender Arzt/Ärztin _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <small>Bilddatei auswählen</small>
Datum der Verordnung _____	
Datum der Spitalentlassung _____	
evtl. Hausarzt _____	
Spezielle Anordnung _____	
Verordnung senden an _____	

- a** Bitte Erstabklärung oder Neuevaluation ankreuzen.
- b** Bitte Dauer der Verordnung angeben.
- c** Bitte A) und B) vollständig ausfüllen.
- d** Die Punkte C), D und E) werden durch die Lungenliga ausgefüllt.
- e** Bitte ausfüllen und mit ZSR-Nummer sowie Stempel/Unterschrift versehen. Unvollständig unterzeichnete Formulare werden von den Krankenkassen zurückgewiesen.

Das Formular für die SVK-Krankensversicherer ist online verfügbar unter www.svk.org/formulare/. Oder scannen Sie einfach den QR-Code ab und füllen Sie das Formular aus.



Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter www.lungenliga.ch. Oder einfach QR-Code absキャンen, downloaden und ausfüllen.

