

Musterverordnung Nr. 6 Pflege ambulant oder zu Hause

Allgemeine Informationen

Dieses Formular wird für zusätzliche Beratungen für alle Therapie-systeme und bei erhöhtem Pflegebedarf verwendet. Es kommt ausserdem für Beratungs- und Betreuungsverordnungen von Patientin-nen und Patienten für die nicht invasive und invasive Heimventilation der SVK-Krankenversicherer zur Anwendung.

Ordern

ÄRZTLICHE VERORDNUNG Pflege ambulant oder zu Hause

Erstabklärung
Neuevaluation

6

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

Gemäss Zusatzvereinbarung mit der IATFuisse sg vom 01.01.2015

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

b **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. _____	

c **B) Diagnose**

d **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 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 **D) Begründung bei erhöhtem Pflegebedarf**

d **E) Unterschrift Pflegefachperson**

Zuständige Person	Datum/Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Name/ZSR-Nr weitere Beteiligte	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
_____	<small>Bilddatei auswählen</small>

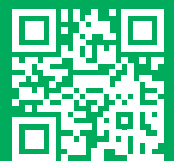
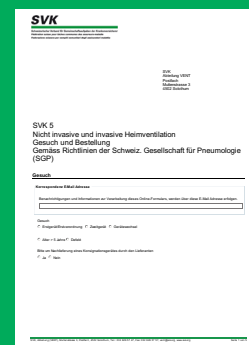
e **F) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin** (durch Arzt auszufüllen)

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

Verordnung senden an **Lungenliga St.Gallen–Appenzell, Kolumbanstrasse 2, SG 9008 St.Gallen. Tel. 071 228 47 47, info@lungenliga-sg.ch**

- a** Bitte angeben, ob Erstverordnung oder Neuevaluation.
- b** Bitte Zeitdauer eintragen.
- c** Bitte füllen Sie die Punkte A) und B) vollständig aus.
- d** Die Punkte C), D) und E) werden von den Pflegefachpersonen der Lungenliga St.Gallen–Appenzell ausgefüllt.
- e** Bitte vollständig ausfüllen, inklusive Unterschrift, Stempel und ZSR-Nummer. Die Verordnung wird sonst von der Krankenkasse nicht anerkannt.

Das Formular für die SVK-Krankenversicherer 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-sg.ch. Oder einfach QR-Code absキャンen, downloaden und ausfüllen.

