

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		13. Schwangerschaftswoche:	
Telefon Geschäft		Datum der Niederkunft:	
Versicherer		56. Tag nach Geburt:	
Vers./Unfall-Nr.			
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen <input checked="" type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung			
Ärztliche Verordnung		<input checked="" type="checkbox"/> Erstabklärung <input type="checkbox"/> Neuevaluation	
Abnahme des Guthrie-Test's nach 72-96h nach Geburt Abgabe von 1 Dosis Konaktion am 4./5. Tag nach Geburt Miete einer Milchpumpe bis 56 Tage nach der Geburt 3 Stillberatungen während der Stillzeit Zeitdauer von: _____ bis: _____			
Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Minuten
7a / Ziff. 1	Bedarfsabklärung		
7a / Ziff. 2	Massnahmen der Beratung		
7a / Ziff. 3	Koordination der Massnahmen		
7b / Ziff. 1	Messung der Vitalzeichen		
7b / Ziff. 3	Entnahme Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken		
7c / Ziff. 1	Allgemeine Grundpflege		
Total a 53201			
Total b 53202			
Total c 53203			
Total			
Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:		Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.:	
		Sandra Schmid, dipl. Pflegefachfrau HF, Stillberaterin IBCLC, ZSR-Nr.: X1196.19	
		Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten:	
Datum:	Unterschrift Arzt/Ärztin:	Datum:	Unterschrift Pflegefachfrau/-mann: