

UV / AA

IV / AI

MV / AM

SBK / ASI

Ärztliche Verordnung der Pflege zu Hause			
Personalien Versicherte(r)		Name und Adresse des Versicherers	
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburtsdatum			
Telefon Privat			
Arbeitsgeber			
PLZ/Ort			
Telefon Geschäft			
Vers./Unfall-Nr.			
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen			
Ärztliche Verordnung <input type="checkbox"/> Erstabklärung <input type="checkbox"/> Neuevaluation (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)			
<div style="text-align: center;"> Zeitdauer von bis: </div>			
Krankenpflege (durch Krankenschwester/Krankenpfleger auszufüllen)			
Leistung nach Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Min.*
		Total	=
* Abschnitte von 10 Minuten			
Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin		Unterschrift Krankenschwester/Krankenpfleger	
Datum:		Datum:	