

# Ärztliche Verordnung der Pflege zu Hause

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