



Ärztliche Verordnung der ambulanten Pflege

Personalien Patient

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Vorname: _____ Telefon: _____
 Strasse / Nr.: _____ Versicherung: _____
 PLZ / Wohnort: _____ Versicherten Nr.: _____
 AHV Nr.: _____

Angaben Versicherung

Name: _____
 PLZ / Ort: _____ Strasse / Nr.: _____

Behandlungsgrund

Krankheit Unfall Mutterschaft Sonstiges:

Diagnose

Ärztliche Verordnung

Erstabklärung Neuevaluation

Zeitdauer von: _____ bis: _____

Krankenpflege (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)

Leistung nach KLV Art. 7 Abs. 2			Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Min. pro Behandlung
a 53201	b 53202	c 53201			
				Total a	
				Total b	
				Total c	
				Total KLV 7	

Angaben Arzt / Ärztin

ZSR-Nr.: _____
 Stempel: _____

Angaben Pflegefachfrau/-mann

ZSR-Nr.: E105920
 Stempel: _____

med. Fachpraxis Podologie Bühler
 Hauptstrasse 30
 8259 Wagenhausen
 Telefon +41 (0)52 521 37 74
 podologiebuehler@hin.ch
 podologiebuehler.com

Datum und Unterschrift Arzt/Ärztin	Datum und Unterschrift Pflegefachfrau/-mann
------------------------------------	---