

Zusätzliche Beratung Pflege ambulant oder zu Hause

Allgemeine Informationen

Dieses Formular wird für zusätzliche Beratungen für alle Therapiesysteme und bei erhöhtem Pflegebedarf verwendet. Ausserdem kommt es für die Beratungs- und Betreuungsverordnung von Mechanischer-Heimventilations-Patienten der SVK-Krankenversicherer zur Anwendung.

Möchten Sie uns Patienten für eine Inhalationsschulung oder spezielle Massnahmen wie Beratungen zu einem Krankheitsbild überweisen? Dann können Sie ebenfalls dieses Formular nutzen.

ÄRZTLICHE VERORDNUNG Pflege ambulant oder zu Hause		Erstklärung <input type="checkbox"/>	 <small>Hilft. Informiert. Wirkt.</small>
		Neuevaluation <input type="checkbox"/>	
<small>Gemäss Zusatzvereinbarung mit der tarfuisse ag vom 01.01.2015</small>			
Zeitdauer von _____ bis _____ Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um maximal 6 Monate.			
A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)			
Name/Vorname _____	Geschlecht _____		
Adresse _____	Geburtsdatum _____		
PLZ/Ort _____	Kt _____		
Telefon/Mobil _____	Sozialversicherungs-Nr. _____		
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____		
Versicherer _____	Versicherten-Nr. _____		
B) Diagnose			

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 3: Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken		_____	
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) Begründung bei erhöhtem Pflegebedarf			

E) Unterschrift Pflegefachperson			
Zuständige Person		Datum/Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	
Name/ZSR-Nr weitere Beteiligte		_____	
_____ Z748301		_____	
F) Verordnung/Unterschrift Arzti/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)			
Verordnender Arzt/Ärztin		Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer	
Datum der Verordnung _____		_____	
Datum der Spitalentlassung _____		_____	
evtl. Hausarzt _____		_____	
Spezielle Anordnung z.B. Asthma-Patientenschulung, korrekte Inhalationstechnik etc.		_____	
Verordnung senden an Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen Tel: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch			

A), B), C), D) und E) werden von der Pflegefachperson von LUNGE ZÜRICH ausgefüllt.

F) Der Arzt unterschreibt und retourniert das Formular an LUNGE ZÜRICH.