

Ärztliche Verordnung

Für die Zeitdauer von: _____

Patientenangaben

Name: _____	Geschlecht: _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	Versicherer: _____
PLZ und Ort: _____	Versicherungsnummer: _____
Telefonnummer: _____	AHV-/IV-Nr: _____

Verordnung

Leistungen nach KLV 7/Tarifziffer _____	Voraussichtlich benötigte Stunden: _____
lit a Ziff 1/2/3: Abklärung/Beratung/Koordination _____	_____
lit b Ziff 4/9: Massnahmen zur Atemtherapie/Überwachung von Geräten _____	_____
lit b Ziff 7: Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten _____	_____

Bemerkung/Beurteilung/Begründung: _____

Datum: _____	Unterschrift Pflegepersonal: _____	Praxisstempel: ZSR Nummer: _____
		Specialty Care Therapiezentren AG Walzmühlestrasse 60 8500 Frauenfeld GLN 760 100 273 60 77 ZSR M-196412

Datum: _____	Unterschrift Arzt/Ärztin: _____	Praxisstempel: ZSR Nummer: _____
--------------	------------------------------------	-------------------------------------

Datum der Verordnung: _____

Die Specialty Care Therapiezentren AG schickt ein ausgefülltes Formular an den Arzt/die Ärztin. Wenn der Arzt/die Ärztin nicht innert acht (8) Arbeitstagen interveniert, ist er/sie mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand einverstanden.

Bitte Patienteninformation auf der Rückseite beachten!