

Herr/Frau \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**In Behandlung wegen**

- Krankheit     Unfall     Mutterschaft     Invalidität     Andere: \_\_\_\_\_

**Die Spitex-Organisation erhält folgenden Auftrag / folgende Anordnung:**

<input type="checkbox"/>	<b>Massnahmen der Abklärung und Beratung gemäss KVG</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung gemäss KVG</b>	
	<b>Häufigkeit</b>	
	_____ täglich	
	_____ wöchentlich	
	_____ monatlich	
<input type="checkbox"/>	<b>Massnahmen der Grundpflege gemäss KVG</b>	
	_____	
	_____	
<input type="checkbox"/>	<b>Abklärung und Durchführung von hauswirtschaftlichen und anderen Spitex-Leistungen</b> (keine Pflichtleistung der obligatorischen Grundversicherung / evtl. UVG oder Zusatzversicherungen)	

Der ärztliche Auftrag ist gültig ab: \_\_\_\_\_ für die Dauer von

- 3 Monaten     6 Monaten    bzw. bis \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin \_\_\_\_\_

Geht vom Arzt / von der Ärztin an den Klienten / die Klientin und an die Spitex.

Bezugsquelle für Diskette:



Ärztekasse, Projekte und Prozesse, Steinackerstr. 35, 8902 Urdorf, 01 436 16 16

(von der Spitex-Organisation auszufüllen)

Voraussichtlicher Bedarf an Massnahmen (gemäss Leistungskatalog KLV, Art. 7)	Voraussichtlich benötigte Stunden (für die Dauer der Verordnung)	Voraussichtliche Kosten (für die Dauer der Verordnung)
<input type="checkbox"/> <b>Abklärung und Beratung</b>	_____ Total Stunden	_____ Total Fr.
<input type="checkbox"/> <b>Untersuchung und Behandlung (Stichworte)</b> _____ _____	_____ Total Stunden	_____ Total Fr.
<input type="checkbox"/> <b>Grundpflege (Stichworte)</b> _____ _____	_____ Total Stunden	_____ Total Fr.
<b>Total KLV-Leistungen</b>	<b>_____ Total Stunden</b>	<b>_____ Total Fr.</b>

**Hauswirtschaftliche und andere Spitex-Leistungen**

(keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung)

- Abklärung und Durchführung**    \_\_\_\_\_ Total Stunden    \_\_\_\_\_ Total Fr.

- Bemerkungen**  
(z.B. voraussichtliche Überschreitung der Kontrollgrösse von 60 Std./Quartal und Begründung etc.)

Stempel / Unterschrift der Spitex-Organisation \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Die Spitex 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.

Die Spitex schickt ein ausgefülltes Formular mit der Rechnung an **die Klientin / den Klienten**.

Bei voraussichtlichem Bedarf von mehr als 60 Std. pro Quartal schickt die Spitex zu Beginn der Pflege ein ausgefülltes Formular an die Krankenversicherung.  
 Wenn die Krankenversicherung nicht innert zehn (10) Arbeitstagen interveniert, akzeptiert sie den voraussichtlichen Pflegeaufwand und verpflichtet sich, für die kassenpflichtigen Leistungen aufzukommen.