

## Zusätzliche Beratung

# 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 Betreuungsvorordnung von Mechanischer-Heimventilations-Patienten der SVK-Krankenversicherer zur Anwendung.

Drucken

**ÄRZTLICHE VERORDNUNG**  
Pflege ambulant oder zu Hause

Erstabklärung   
Neuevaluation

**6 LUNGE ZÜRICH**  
Hilft. Informiert. Wirkt.

Gemäss Zusatzvereinbarung mit der tarifsuisse ag vom 01.01.2015

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/Natel _____	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 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**

<b>Zuständige Person</b>	Datum/Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Name/ZSR-Nr weitere Beteiligte	
_____	<small>Bilddatei auswählen</small>

**F) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin** (durch Arzt auszufüllen)

<b>Verordnender Arzt/Ärztin</b>	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum der Verordnung _____	
Datum der Spitalentlassung _____	<small>Bilddatei auswählen</small>
evtl. Hausarzt _____	
Spezielle Anordnung	z.B. Asthma-Patientenschulung, korrekte Inhalationstechnik etc.
_____	

**Verordnung senden an** Verein Lunge Zürich, Pfingstweidstrasse 10, 8005 Zürich  
ZH Tel: 0800 07 08 09, 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.