

## Ärztliche Verordnung der Pflege ambulant oder zu Hause

<b>Personalien Kunde/in</b>		<b>Namen und Adresse Versicherung</b>	
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburtsdatum			
Telefon Privat			
Arbeitgeber			
PLZ/Ort	13. Schwangerschaftswoche:		
Telefon Geschäft	Datum der Niederkunft:		
Versicherer	56. Tag nach Geburt:		
Vers./Unfall-Nr.			
<b>X Mutterschaft</b>			
<b>Ärztliche Verordnung</b>		<b>X Erstabklärung</b>	
Miete der Milchpumpe bis 56 Tage nach der Geburt			
3 Stillberatungen			
Zeitdauer von:		bis:	
<b>Krankenpflege</b> (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Minuten pro Quartal
7a	<b>Bedarfsabklärung</b>	1x	120min
7a	<b>Beratung</b>		90min/Besuch
7b	<b>Kontrolle</b>		90min/Besuch
7c	<b>Grundpflege</b>		90min/Besuch
Total a			
Total b			
Total c			
<b>Total</b>			
Arzt/Ärztin (Stempel) ZSR-Nr.:		Pflegefachfrau/-mann ZSR-Nr.:	
		Name/ZSR-Nr. von weiteren an dieser Pflege Beteiligten:	
Datum:	Unterschrift Arzt/Ärztin:	Datum:	Unterschrift Pflegefachfrau/-mann: