

## 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 56Tage nach der Geburt 3 Stillberatungen  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Zeitdauer von:</span> <span>bis:</span> </div>			
<b>Krankenpflege</b> (durch Pflegefachfrau/-mann auszufüllen)			
Leist. nach KLV 7 / Tarifziffer	Leistungen	Häufigkeit	Dauer in Minuten pro Quartal
<b>7a</b>	<b>Bedarfsabklärung</b>	<b>1x</b>	<b>120min</b>
<b>7a</b>	<b>Beratung</b>		<b>90min/Besuch</b>
<b>7b</b>	<b>Kontrolle</b>		<b>90min/Besuch</b>
<b>7c</b>	<b>Grundpflege</b>		<b>90min/Besuch</b>
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:	

Version: Januar 2011