

# Bedarfsmeldeformular für ambulante Krankenpflegeleistungen

Erstabklärung   
Neuevaluation

# 6

  
**LUNGENLIGA**  
**LIGUE PULMONAIRE**  
**LEGA POLMONARE**

Zeitdauer von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die ärztliche Anordnung wird für 9 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um maximal 3 Monate.

## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	E-Mail _____
Telefon/Natel _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherer _____	Versicherten-Nr. _____

Grund der Behandlung:  Krankheit  Mutterschaft  Unfall/Prävention

Diagnose: ist auf Verordnung MiGel ersichtlich

## B) Anordnung 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 9: Massnahmen zur Überwachung von Geräten	_____
lit b Ziff 10: Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden	_____

## C) Begründung bei erhöhtem Pflegebedarf

\_\_\_\_\_

## D) Unterschrift Pflegefachperson

Zuständige Person

Datum/Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

\_\_\_\_\_

## E) Anordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)

Anordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Datum der Anordnung \_\_\_\_\_

Datum der Spitalentlassung \_\_\_\_\_

evtl. Hausarzt \_\_\_\_\_

Spezielle Anordnung \_\_\_\_\_

Anordnung senden an

\_\_\_\_\_