A Meldeformular der SPITEX-Leistungen aufgrund der schriftlichen Bedarfsklärung und ärztlicher Auftrag / ärztliche Anordnung für SPITEX-Leistungen

❒ Neu: ❒ Fortsetzung:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ (Versicherten-Nr.:) _____

In Behandlung wegen: ❒ Krankheit ❒ Mutterschaft ❒ Andere: _____

❒ Unfall ❒ Invalidität

Bemerkungen:

Die schriftliche Bedarfsklärung ergab SPITEX-Massnahmen nach Art. 7 KLV

	Stunden	Voraussichtlich pro Woche * Stunden	Voraussichtich pro Monat * Stunden	Gesamt über die Dauer des Auftrages * Stunden
❒ Abklärung und Beratung; Abs. 2 lit. a				
❒ Untersuchung und Behandlung; Abs. 2 lit. b				
❒ Grundpflege; Abs. 2 lit. c				
Total KLV-Leistungen				Total Stunden

* Vorliegende Beurteilung erfolgt aufgrund der gegenwärtigen Situation. Änderungen bleiben vorbehalten.

❒ Bei den oben eingetragenen Stunden handelt es sich um Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 7 Abs. 3 KLV. Der Arzt / die Ärztin hat eine separate Anordnung unterzeichnet.
(Teil B dieses Formulars bleibt leer).

❒ Hauswirtschaftliche und andere SPITEX-Dienstleistungen			
Total Hauswirtschaftliche und andere SPITEX-Dienstleistungen			Total Stunden

Bemerkungen:

Unterschrift / Stempel der SPITEX-Organisation

Ort und Datum:

Von der zuständigen SPITEX-Organisation auszufüllen

B Der Arzt / die Ärztin nimmt den voraussichtlichen SPITEX-Pflegeaufwand zur Kenntnis und erteilt den Auftrag / die Anordnung für folgende Leistungen

Massnahmen nach Art. 7 KLV, Pflichtleistungen gemäss KLV

❒ Abklärung des Bedarfs an SPITEX-Massnahmen und Beratung; Abs. 2 lit. a

❒ Untersuchung und Behandlung; Abs. 2 lit. b

Anordnung/Verordnung für die Behandlung (keine Diagnose!)

❒ Grundpflege; Abs. 2 lit. c

Hauswirtschaftliche Leistungen, keine Pflichtleistungen aus der obligatorischen Grundversicherung / evtl. UVG oder Zusatzversicherung

❒ Hauswirtschaftliche oder andere SPITEX-Dienstleistungen

Der ärztliche Auftrag ist gültig ab: für: ❒ 3 Monate ❒ 6 Monate ❒ unbefristet (Art. 8 Abs. 6bis KLV)

bzw. bis: Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Ort und Datum:

Durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt auszufüllen

Formular-Laufweg: SPITEX-Organisation ➪ Arzt / Ärztin ➪ SPITEX-Organisation ➪ ***Original*** *(Weiss) mit Rechnung an den Krankenversicherer*