

**Gültig ab** \_\_\_\_\_

Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um maximal 6 Monate.

**A) Allgemeine Angaben** (bitte vollständig ausfüllen)

<b>Name/Vorname</b> _____	<b>Geschlecht</b> _____
<b>Adresse</b> _____	<b>Geburtsdatum</b> _____
<b>PLZ/Ort</b> _____	<b>Kanton</b> _____
<b>Telefon/Mobil</b> _____	<b>Sozialversicherungs-Nr.</b> _____
<b>Beruf</b> _____	<b>Krankheit/Unfall/IV</b> _____
<b>Versicherer</b> _____	<b>Versicherungs-Nr.</b> _____

**B) Diagnose**

**C) Verordnung Krankenpflege**

(durch Pflegefachperson auszufüllen)

<b>Leistungen nach KLV 7/Tarifziffer</b>	<b>Minuten/Jahr</b>
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 3: Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken	_____
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**

Selbstmanagement-Coaching «Besser leben mit COPD»: Einzelleistung am Patient. (Ein- und Austrittsgespräch, individuelle Sitzung, telefonische Follow-ups)

**E) Unterschrift Pflegefachperson**

**Zuständige Person**

Name/ZSR-Nr weitere Beteiligte

Datum/Stempel/Unterschrift

**F) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin**

**Verordnender Arzt/Ärztin**

Datum der Verordnung Datum

der Spitalentlassung evtl.

Hausarzt

Spezielle Anordnung

Stempel/Unterschrift

ZSR-NR \_\_\_\_\_

**Verordnung senden an**

Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen

Tel: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: [beratung@lunge-zuerich.ch](mailto:beratung@lunge-zuerich.ch)