

Ärztlicher Spitex-Auftrag / Anordnung

Herr/Frau _____ Vorname _____ geboren _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

In Behandlung wegen

- Krankheit Unfall Mutterschaft Invalidität Andere:

Die Spitex-Organisation erhält folgenden Auftrag / folgende Anordnung:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Massnahmen der Abklärung und Beratung gemäss KVG |
| <input type="checkbox"/> | Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung gemäss KVG |
| | Häufigkeit |
| | _____ täglich |
| | _____ wöchentlich |
| | _____ monatlich |
| <input type="checkbox"/> | Massnahmen der Grundpflege gemäss KVG |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

- Abklärung und Durchführung von hauswirtschaftlichen und anderen Spitex-Leistungen**
(keine Pflichtleistung der obligatorischen Grundversicherung / evtl. UVG oder Zusatzversicherungen)

Der ärztliche Auftrag ist gültig ab: _____ für die Dauer von

- 3 Monaten 6 Monaten bzw. bis _____

Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Geht vom Arzt / von der Ärztin an den Klienten / die Klientin und an die Spitex.

Bezugsquelle für Diskette:



Ärztekasse, Projekte und Prozesse, Steinackerstr. 35, 8902 Urdorf, 01 436 16 16

Quantifizierung des Spitex-Pflegeaufwandes

(von der Spitex-Organisation auszufüllen)

| Voraussichtlicher Bedarf an Massnahmen (gemäss Leistungskatalog KLV, Art. 7) | Voraussichtlich benötigte Stunden (für die Dauer der Verordnung) | Voraussichtliche Kosten (für die Dauer der Verordnung) |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Abklärung und Beratung</u> | _____ Total Stunden | _____ Total Fr. |
| <input type="checkbox"/> <u>Untersuchung und Behandlung (Stichworte)</u> _____ _____ _____ | _____ Total Stunden | _____ Total Fr. |
| <input type="checkbox"/> <u>Grundpflege (Stichworte)</u> _____ _____ _____ | _____ Total Stunden | _____ Total Fr. |
| Total KLV-Leistungen | _____ Total Stunden | _____ Total Fr. |

Hauswirtschaftliche und andere Spitex-Leistungen

(keine Pflichtleistung der obligatorischen Krankenversicherung)

| | | |
|--|---------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Abklärung und Durchführung | _____ Total Stunden | _____ Total Fr. |
|--|---------------------|-----------------|

Bemerkungen _____
 (z.B voraussichtliche Überschreitung der Kontrollgrösse von 60 Std./Quartal und Begründung etc.)

Stempel / Unterschrift der Spitex-Organisation

Datum _____

Die Spitex schickt ein ausgefülltes Formular an **den Arzt / die Aerztin**.
 Wenn der Arzt / die Ärztin nicht innert acht (8) Arbeitstagen interveniert, ist er / sie mit dem voraussichtlichen Pflegeaufwand einverstanden.

Die Spitex schickt ein ausgefülltes Formular mit der Rechnung an **die Klientin / den Klienten**.

Bei voraussichtlichem Bedarf von mehr als 60 Std. pro Quartal schickt die Spitex zu Beginn der Pflege ein ausgefülltes Formular an die Krankenversicherung.

Wenn die Krankenversicherung nicht innert acht (8) Arbeitstagen interveniert, akzeptiert sie den voraussichtlichen Pflegeaufwand und verpflichtet sich, für die kassenpflichtigen Leistungen aufzukommen.