

Krankenversicherer / Versicherung

**Spitex-Organisation /
Zahlstellenregister-Nummer (ZSR)**

Spitex Stern GmbH
Meiliplatz 5
6032 Emmen
ZSR: _____

Ärztliche Anordnung für Spitex-Leistungen (Art. 7 KLV)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Tagesheimaufenthalt Ja Nein

Strasse: _____

Bei zusatzversicherten Klienten, Auftrag für hauswirt-

PLZ / Ort: _____

schaftliche Leistungen: Ja Nein

1. Behandlungsgrund: Krankheit
2. Hilflosenentschädigung: mittel

Unfall
 schwer

Mutterschaft

3. Auftrag Erste Anordnung
4. Gültigkeit für: max. 3 Monate
5. Gültigkeit ab: _____

Fortsetzungsanordnung
 6 Monate
6. Gültigkeit bis. _____

Hilflosenentschädigung
 gemäss Art.8 / 6bis KLV

Grund der Pflegebedürftigkeit / Krankheitsbild

Arzt / Ärztin	Spitex-Organisation
ZSR-Nummer: Datum: Unterschrift:	Datum: Unterschrift:

Bedarfsmeldung für pflegerische Leistungen

KLV	Massnahmen	Erwartete Stundenzahl über die Dauer von 3 Monaten
Art. 7a	der Abklärung und Beratung	
Art. 7b	der Untersuchung und Behandlung	
Art. 7c	Grundpflege	
	Total Stunden	