

Formular zur Bedarfsabklärung gemäss KLV Art. 7

ZSR n° M 0689.10 / GLN n° 7601002129763

Allgemeine Informationen:

Anrede. :

Name, Vorname :

Geb. am:

Adresse :

Tel. Privat :

PLZ / Ortschaft :

Arzt :

Krankenkasse :

Nr :

Motiv der ambulanten Intervention:

- Krankheit
 Erste Bedarfsabklärung / Auftrag
 Erneuerung der Bedarfsabklärung / Auftrag

Der Auftrag ist gültig ab: _____ 6 Monate

FREQUENZ

Bedarfsabklärung durch die Organisation innerhalb der vom KLV-Auftrag abgedeckten Periode	Pro Woche (voraussichtlicher Zeitbedarf)	Pro Monat (voraussichtlicher Zeitbedarf)	Total innerhalb der vom Auftrag abgedeckten Periode
	Stunden	Stunden	Stunden
Massnahmen der Abklärung KLV 7, Abs. 1a			
Beratung KLV 7, Abs. 2a 2			
Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung KLV 7, Abs. 2b 10 (Fusspflege bei Diabetikern)			
Total aller Leistungen nach KLV 7	Anzahl	Anzahl	Anzahl

Beratung und Betreuung des diabetischen Kindes und seines Gefolges	Anmerkungen des Arztes:
---	-------------------------

Datum, Unterschrift der zuständigen Pflegefachfrau:

Datum, Stempel, **Konkordatsnr.** und Unterschrift des Arztes:

.....

.....