

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

- Abklärung und Beratung; Abs. 2 lit. a
 Untersuchung und Behandlung; Abs. 2 lit. b
 Grundpflege; Abs. 2 lit. c

Total KLV-Leistungen

- 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

Stunden	Voraussichtlich pro Woche *	Voraussichtlich pro Monat *	Gesamt über die Dauer des Auftrages *	* Verfügbare Beurteilung erfolgt auf Grund der gegenwärtigen Situation. Änderungen bleiben vorbehalten.
	Stunden	Stunden	Stunden	
				* Verfügbare Beurteilung erfolgt auf Grund der gegenwärtigen Situation. Änderungen bleiben vorbehalten.
Total Stunden				

Total Stunden			

Bemerkungen: _____

Unterschrift / Stempel der SPITEX-Organisation

Ort und Datum: _____

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: _____

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

Weitere Formulare können Sie beim Spitex Verband Kanton St. Gallen, E-Mail info@spitexsg.ch bestellen.

Von der zuständigen SPITEX-Organisation auszufüllen

Durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt auszufüllen