

# SPITEX VERBAND THURGAU



## **A** Meldeformular der SPITEX-Leistungen aufgrund der schriftlichen Bedarfsabklärung und ärztlicher Auftrag/ärztliche Anordnung für SPITEX-Leistungen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

In Behandlung wegen:  Krankheit  Mutterschaft

Unfall  Invalidität  Andere: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Voraussichtlicher Bedarf an Massnahmen nach Art. 7 KLV (siehe Rückseite)

- Abklärung und Beratung Art. 7 Abs. 2 lit. a
- Untersuchung und Behandlung Art. 7 Abs. 2 lit. b
- Grundpflege Art. 7 Abs. 2 lit. c

**Total KLV-Leistungen**

Stunden: \_\_\_\_\_

| Voraussichtlich benötigte Stunden im Monat* | Voraussichtlich benötigte Stunden/90 Tage* |
|---|--|
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

\*Vorliegende Beurteilung erfolgt aufgrund der gegenwärtigen Situation. Änderungen bleiben vorbehalten.

(Bei voraussichtlich mehr als 80 Std./90 Tage ist ein Gesuch um Erhöhung des Zeitbudgets zu stellen!)

- 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 bleibt in diesem Fall leer).
- Hauswirtschaftliche und andere SPITEX-Dienstleistungen

### Total Hauswirtschaftliche und andere SPITEX-Dienstleistungen

Stunden: \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift der SPITEX-Organisation

Kontaktperson für Rückfragen: Name: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_



## **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 und Beratung Art. 7 Abs. 2 lit. a
- Untersuchung und Behandlung Art. 7 Abs. 2 lit. b
- Grundpflege Art. 7 Abs. 2 lit. c

Anordnung für Behandlung: \_\_\_\_\_

### Hauswirtschaftliche Leistungen (keine Pflichtleistungen aus der oblig. Grundversicherung / evt. UVG oder Zusatzversicherung)

- Hauswirtschaftliche oder andere SPITEX-Dienstleistungen

Der ärztliche Auftrag ist gültig ab: \_\_\_\_\_ für:  3 Monate (Akutpatient)  6 Monate (Langzeitpatient)

bzw. bis: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Weitere Formulare können bestellt werden beim Spitex Verband Thurgau, Freiestrasse 6, 8570 Weinfelden, Fax Nr. 071 622 81 34

Formular Laufweg: SPITEX-Organisation > Arzt/Ärztin > SPITEX-Organisation > **Original** mit Rechnung an den Krankenversicherer

Original für den Krankenversicherer

Durch die zuständige SPITEX-Organisation auszufüllen

Durch die zuständige Ärztin/den zuständigen Arzt auszufüllen