

**Diabetes-Gesellschaft GL-GR-FL**  
Tel. 081 253 50 40, Fax 081 253 57 40  
info@diabetesgl-gr-fl.ch / www.diabetesgl-gr-fl.ch

## Verordnung zur med. Fusspflege gem. Art. 61 KVV i.V.m. Anhang 4 KVV

(kann dem Patienten mitgegeben werden)

### **A** Meldeformular der von Krankenschwestern erbrachten Fusspflege-Leistungen aufgrund der schriftlichen Bedarfsklärung und ärztlicher Auftrag / ärztliche Anordnung

#### Personalien:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(Versicherten-Nr.): \_\_\_\_\_

#### In Behandlung wegen:

- Krankheit     Mutterschaft  
 Unfall         Invalidität  
 Andere \_\_\_\_\_

Die schriftliche Bedarfsklärung ergab  
Fusspflege-Massnahmen nach Art. 61 KVV i.V.m.  
Anhang 4 KVV

- Abklärung und Beratung; Anhang 4 KVV  
 Behandlungspflege; Anhang 4 KVV

#### Total KVV-Leistungen/Stunden

Voraussichtlich pro Woche*	Voraussichtlich pro Monat*	Gesamt über die Dauer des Auftrags*
Stunden	Stunden	Stunden

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

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

#### Fusspflege bei Diabetiker

Ort und Datum:

Unterschrift / Stempel diabetesGL-GR-FL

### **B** Arzt / die Ärztin nimmt den voraussichtlichen Pflegeaufwand Kenntnis und erteilt den Auftrag / die Anordnung für folgende Leistungen

#### Massnahmen nach Art. 61 KVV i.V.m. Anhang 4 KVV

- Abklärung des Bedarfs an Fusspflege-Massnahmen und Beratung  
 Behandlungspflege

Anordnung/Verordnung für die Behandlung (keine Diagnose!)

#### Fusspflege bei Diabetiker

Der ärztliche Auftrag ist gültig ab: \_\_\_\_\_ für:  3 Monate     6 Monate

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

Ort und Datum:

Unterschrift des Arztes / der Ärztin / Stempel