

**Diabetes-Gesellschaft GL-GR-FL**  
Steinbockstrasse 2, 7000 Chur  
Tel. 081 253 50 40, Fax 081 253 57 40  
info@diabetesgl-gr-fl.ch / www.diabetesgl-gr-fl.ch

**Spitex-Verordnung zur med. Fusspflege gem. Art. 7 KLV Abs. 2 lit. a und b**  
(kann dem Patienten mitgegeben werden)

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

**Personalien:**

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

**In Behandlung wegen:**

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

Die schriftliche Bedarfsklärung ergab  
SPITEX-Massnahmen nach Art. 7 KLV

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

**Total KLV-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 der SPITEX-Organisation

**B 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!)

**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

Von der zuständigen SPITEX-Organisation auszufüllen

Durch die zuständige Ärztin/den zuständigen Arzt auszufüllen

