SOS-Dienst Luzern | Brünigstrasse 20 | 6005 Luzern

SOS Dienst Luzern
Brünigstrasse 20

6005 Luzern

Schweiz

Ärztliche Verordnung für Haushilfe

Name: ………………………………………… Geburtsdatum: ……………..……………………

Vorname: ……………………………............

Strasse: ……………………………………….

PLZ / Ort: ……………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Behandlungsgrund: [ ] Krankheit [ ] Unfall [ ] Mutterschaft
2. Hilflosenentschädigung: [ ] leicht [ ] mittel [ ] schwer
3. Auftrag: [ ] Erste Anordnung [ ] Fortsetzungsanordnung

 [ ] Hilflosenentschädigung gemäss Art. 8/6 bis KLV

1. Gültigkeit für: [ ] max. 3 Monate [ ] 6 Monate
2. Gültigkeit ab: ……………………………………….

Grund der Pflegebedürftigkeit / Krankheitsbild

Haushalthilfe

Arzt/Ärztin

Datum:

Unterschrift: