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: