

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
4. Gültigkeit für: max. 3 Monate 6 Monate
5. Gültigkeit ab:

Grund der Pflegebedürftigkeit / Krankheitsbild

Haushalthilfe

Arzt/Ärztin

Datum:

Unterschrift: