

Anhang 2 Verordnungsformular

Für die in Anhang 1 vereinbarten Leistungen gemäss KVG gilt ab 01.01.2020 folgendes Verordnungsformular:

Mobiles Sozialpsychiatrisches Team (MST)

Neue Verordnung

Fortsetzung Behandlung

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

In Behandlung wegen Krankheit (keine anderen Sozialversicherungsträger wie UV, IV, etc.)

Die Bedarfsabklärung hat ergeben:

Wöchentlicher Pflegeaufwand gemäss KVG: _____

Notwendige Pflegemassnahmen:

Voraussichtliche Dauer der Behandlung vom _____ bis _____
(max. 6 Monate)

Ort, Datum _____

Name Verordnender Arzt / ZSR-Nr. _____

Unterschrift verordnender Arzt _____

Sozialtherapeutische Dienste

Neue Verordnung

Fortsetzung Behandlung

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

In Behandlung wegen Krankheit (keine anderen Sozialversicherungsträger wie UV, IV, etc.)

1. Psychotherapie

Gemäss beiliegender ärztlicher Verordnung bis 1h pro Tag (**im Durchschnitt**)

Beizulegen:

- **Ärztliche Verordnung**
- **Bericht an den Vertrauensarzt bei Fortsetzung nach 40 einstündigen Sitzungen (Art. 59 i.V. mit Art. 48 KVV)**

2. Spitex (Tagesklinische/Ambulante Betreuung)

Die Bedarfsabklärung hat ergeben (**max. 4h pro Tag / Durchschnittliche Betreuung**)

Wöchentlicher Pflegeaufwand gemäss KVG: _____

Notwendige Pflegemassnahmen:

Voraussichtliche Dauer der Behandlung vom _____ bis _____
(max. 6 Monate)

Ort, Datum _____

Name Verordnender Arzt / ZSR-Nr. _____

Unterschrift verordnender Arzt _____

3. Ergotherapie

- Abklärung (2 Sitzungen)
- Behandlungsserie (max. 9 Behandlungen)
- Mehrere Behandlungsserien (max. 4 Serien) - Anzahl: _____

Ziel der Behandlung

- Verbessern oder Erhalten der körperlichen Funktionen als Beitrag zur Selbständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen
- Lindern der psychischen Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung

Ort, Datum _____

Name Verordnender Arzt / ZSR-Nr. _____

Unterschrift verordnender Arzt _____

Beizulegen:

- **Bericht an den Vertrauensarzt bei Fortsetzung nach 36 Sitzungen (Art. 59a KVV)**