

## Ärztlicher Spitex Auftrag für:

Name:	Vorname:
Strasse / Nr:	PLZ / Ort:
Geburtsdatum:	Telefon/Handy:
Kranken- oder Unfallversicherung:	Zusatzversicherung:

### In Behandlung wegen:

Krankheit     
  Unfall     
  Mutterschaft     
  Invalidität     
  andere

### Die Spitex Sattel Rothenthurm erhält folgenden Auftrag / Anordnung:

**Für den Auftrag relevante Schemen (z.B. Verbandswechsel Technik, Produkte und Quantität):**

### Für den Auftrag relevante Diagnosen / Medikamente:

Rückmeldung von Spitex an Ärztin / Arzt erwünscht: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein (nur bei Problemen)
Datum / Stempel / KSK-Nr. / Unterschrift Ärztin / Arzt:

### Auftrag geht an:

Spitex Sattel Rothenthurm, Dorfstrasse 7, 6417 Sattel, Telefon: 041 835 10 31, Mail: spitex-sattel-rothenthurm@spitex-hin.ch

➔ Schicken Sie uns diesen Auftrag nur mit einer Hin zu Hin Verschlüsselung per Mail, ansonsten per OPAN, Post oder Direktübergabe