

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_