

**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\*innen wie

UV, IV, etc.)

Die Bedarfsabklärung hat ergeben:

Wöchentlicher Pflegeaufwand gemäss KVG:

Notwendige Pflegemassnahmen:

Voraussichtliche Dauer der Behandlung vom bis 31.12.2022 (max. 6 Monate)

Ort, Datum

Name verordnende\*r Arzt\*Ärztin / ZSR-Nr.

Unterschrift verordnende\*r Arzt\*Ärztin 