

DIE TIROLER KRANKENFÜRSORGEN

Personalnummer									

Landesbeamte	
--------------	--

Landeslehrer	
--------------	--

Gemeindebeamte	
----------------	--

Bitte unbedingt ankreuzen!

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG ÜBER DIE NOTWENDIGKEIT DER MEDIZINISCHEN HAUSKRANKENPFLEGE

Versicherte(r): _____ Geb.-Dat.: _____

Angehörige(r): _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

Diagnose / med. Begründung: _____

Anweisung des Arztes an die dipl. Pflegeperson (Art und Häufigkeit der Leistung): _____

Voraussichtliche Dauer der erforderlichen Maßnahmen: _____

Wäre anstelle der medizinischen Hauskrankenpflege ein Krankenhausaufenthalt notwendig?

ja nein
(Zutreffendes ankreuzen)

Der Auftrag zur Leistungserbringung erging an: _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Krankenfürsorge der Tiroler Landesbeamten

**Wilhelm-Greil-Straße 17/II
6010 Innsbruck**

Krankenfürsorge der Tiroler Landeslehrer

**Wilhelm-Greil-Straße 17/II
6010 Innsbruck**

Krankenfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten

**Adamgasse 7a
6010 Innsbruck**