

# DIE TIROLER KRANKENFÜRSORGEN

<b>Personalnummer</b>									

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

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

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

**Bitte unbedingt ankreuzen!**

## **ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG ÜBER DIE NOTWENDIGKEIT DER MEDIZINISCHEN HAUSKRANKENPFLEGE**

Versicherte(r): \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Angehörige(r): \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Zu leistende Pflegearbeit: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der erforderlichen Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Wäre anstelle der medizinischen Hauskrankenpflege ein Krankenhausaufenthalt notwendig?

ja     nein   
(Zutreffendes ankreuzen)

\_\_\_\_\_ 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