

SPITEX BERN	Verordnung Montag bis Freitag von 08.00 – 16.45 ¹
Formular	ARZT / ÄRZTIN, PARAMEDIZINISCHE DIENSTE PD

KLIENT/KLIENTIN Name: Vorname: Adresse.....Geb. Datum

Datum/ Vis.	Fragen/ Problemstellung Arzt/Ärztin ↔ Pflegende	Datum/ Vis.	Verordnung	Erledigt SPITEX BERN Datum/Vis.

Datum/Zeit:

Unterschrift Pflegefachperson:

Betrieb:

Datum/ Zeit:

Unterschrift Arzt/Ärztin:

Tel:

Formularempfänger: SPITEX BERN Hauptsitz, Könizstr. 60, Postfach 450, 3000 Bern 5 Tel:031 388 50 50 Fax: 031 388 50 40

¹Die Bearbeitung der Verordnung ist nur bei Eingang in der oben erwähnten Bürozeit sichergestellt.