

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Verordnung häuslicher Krankenpflege

12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

☐ Erstver-
ordnung

☐ Folgever-
ordnung

☐ Unfall

☐ SER

vom

T

T

M

M

J

J

 bis

T

T

M

M

J

J

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

☐ Herrichten der Medikamentenbox

☐ Medikamentengabe

☐ Injektionen

☐ herrichten

☐ intramuskulär

☐ subkutan

Blutzuckermessung

☐ Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)

☐ bei intensivierter Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen

☐ Kompressionsverbände anlegen

☐ stützende und stabilisierende Verbände, Art

☐ rechts

☐ links

☐ beidseits

☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen

☐ Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung

Wundart

Lokalisation

aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)

aktueller Grad

Präparate, Verbandmaterialien

☐ Wundversorgung akut

☐ Wundversorgung chronisch

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

☐ Grundpflege

☐ hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit

Dauer

tgl.

wtl.

mtl.

vom

bis

Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung

Name													
Straße, Haus-Nr													
PLZ	Ort												
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

☐ Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

☐ Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden

☐ Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Leistung

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a Abs. 4 SGB V)

Name des Pflegedienstes																															
Straße, Haus-Nr																															
PLZ	Ort																														
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
Institutionskennzeichen Pflegedienst	Beschäftigtennummer der Pflegefachkraft																														
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)																															
Telefonnummer des Pflegedienstes	Fax-Nr. des Pflegedienstes																														
E-Mail-Adresse des Pflegedienstes																															

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

--	--	--	--

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen
(vgl. auch *Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie*)

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

Erstverordnung Folgeverordnung Unfall SER vom bis

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

	Herrichten der Medikamentenbox		
	Medikamentengabe		
	Injektionen	<input type="checkbox"/> herrichten	<input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan

Blutzuckermessung

☐ Erst- oder Neueinstellung
(max. 4 Wochen und max. 3x täglich)

☐ bei intensivierter Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

	Kompressionsstrümpfe anziehen		Kompressionsstrümpfe ausziehen
	Kompressionsverbände anlegen		Kompressionsverbände abnehmen
	stützende und stabilisierende Verbände, Art		

Wundversorgung

Wundart

Lokalisation	aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)	aktueller Grad
--------------	--	----------------

Präparate,
Verbandmaterialien

	Wundversorgung akut
	Wundversorgung chronisch

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)	Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

<input type="checkbox"/>	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V	Häufigkeit			Dauer	
<input type="checkbox"/>	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="checkbox"/>	Grundpflege					
<input type="checkbox"/>	hauswirtschaftliche Versorgung					

Weitere Hinweise

Ausfertigung für den Pflegedienst

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung häuslicher Krankenpflege

12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vom TTMMJJ bis TTMMJJ

Behandlungspflege

Medikamentengabe,
Präparate

<input type="checkbox"/>	Herrichten der Medikamentenbox						
<input type="checkbox"/>	Medikamentengabe						
<input type="checkbox"/>	Injektionen	<input type="checkbox"/>	herrichten	<input type="checkbox"/>	intramuskulär	<input type="checkbox"/>	subkutan

Blutzuckermessung

<input type="checkbox"/>	Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)	<input type="checkbox"/>	bei intensivierter Insulintherapie
--------------------------	--	--------------------------	------------------------------------

Kompressionsbehandlung

<input type="checkbox"/>	Kompressionsstrümpfe anziehen	<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/>	links	<input type="checkbox"/>	beidseits
<input type="checkbox"/>	Kompressionsverbände anlegen	<input type="checkbox"/>	Kompressionsstrümpfe ausziehen				
<input type="checkbox"/>	stützende und stabilisierende Verbände, Art	<input type="checkbox"/>	Kompressionsverbände abnehmen				

Wundversorgung

Wundart		
Lokalisation	aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)	aktueller Grad
Präparate, Verbandmaterialien		
<input type="checkbox"/>	Wundversorgung akut	
<input type="checkbox"/>	Wundversorgung chronisch	

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

<input type="checkbox"/>	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V
<input type="checkbox"/>	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V
<input type="checkbox"/>	Grundpflege
<input type="checkbox"/>	hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Weitere Hinweise

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes