

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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

--	--	--	--

vom TTMMJJ bis TTMMJJ

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

--	--	--	--

☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) ☐ Unfall

I. Klinischer Status

☐ Beatmung, seit TTMMJJ

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="text"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp <input type="text"/>	<input type="text"/> Stunden pro Nacht	<input type="text"/> Stunden pro Nacht

☐ Tracheostoma, seit TTMMJJ

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	<input type="text"/>

☐ Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit

☐ Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

☐ sind weiterhin angezeigt ☐ sind nicht mehr angezeigt ☐ werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des verordnenden Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

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

Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege 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 vollstationären Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohneinheit
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung

Leistungsort

Name des Leistungortes

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Wird von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum die Übernahme von Leistungen angestrebt?

☐ Ja, es wird die Übernahme folgender Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt:

☐ Nein, es wird keine Übernahme von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt.

An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Datum

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

Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Leistungserbringers nach § 132I Abs. 5 SGB V (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Die außerklinische Intensivpflege wird täglich in der Zeit

vom

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

 bis

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

 im Umfang von

--	--

 Stunden erbracht.

Die außerklinische Intensivpflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Leistungserbringer (§ 132I Abs. 5 SGB V)

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Institutionskennzeichen

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Datum

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

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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

vom

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

 bis

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

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

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

<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)	<input type="checkbox"/> Unfall
---	--	---	---------------------------------

I. Klinischer Status

<input type="checkbox"/> Beatmung, seit	<table><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		
Beatmungsform		Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit				
<input type="checkbox"/> invasiv		<table><tr><td></td><td></td></tr></table> Stunden pro Tag			<table><tr><td></td><td></td></tr></table> Stunden pro Tag		
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp		<table><tr><td></td><td></td></tr></table> Stunden pro Nacht			<table><tr><td></td><td></td></tr></table> Stunden pro Nacht		

<input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit	<table><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		
Trachealkanüle		Entblockungszeiten					
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil							
<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht	durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz	<input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten	<input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten				
<input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit							

<input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung, Art					
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden		Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Schürzengriff	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Faustschluss	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden			

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

<input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt	<input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt	<input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht
---	--	--

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des verordnenden Arztes

Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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

vom

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

 bis

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

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

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

<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung	<input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)	<input type="checkbox"/> Unfall
---	--	---	---------------------------------

I. Klinischer Status

☐ Beatmung, seit

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

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit				
<input type="checkbox"/> invasiv	<table><tr><td></td><td></td></tr></table> Stunden pro Tag			<table><tr><td></td><td></td></tr></table> Stunden pro Tag		
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp	<table><tr><td></td><td></td></tr></table> Stunden pro Nacht			<table><tr><td></td><td></td></tr></table> Stunden pro Nacht		

☐ Tracheostoma, seit

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

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	

☐ Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz

--	--

☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit

☐ Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> Schürzengriff	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> Faustschluss	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> Pinzettengriff	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

--	--

 Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

<input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt	<input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt	<input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht
---	--	--

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des verordnenden Arztes

Ausfertigung für den verordnenden Arzt