

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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
 Erst-verordnung Folge-verordnung

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

 Unfall
I. Klinischer Status
 Beatmung, seit T T M M J J

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp	<input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten

 Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl.
Absaugfrequenz

 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"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante	<input type="checkbox"/> Schürzengriff
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Faustschluss
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> immobil	

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 Dekanüllierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungsbzw. Dekanüllierungspotenzials 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**

in meinem Haushalt
 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

im Haushalt einer sonstigen Person
 in einer Schule, Kindergarten
 in einer betreuten Wohnform

in einer Werkstatt für behinderte Menschen
 in einer Wohneinheit
 in einer sonstigen Einrichtung

Leistungsort

Name des Leistungsortes

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

Datum

T T M M J J

Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Leistungserbringens 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

Datum

T T M M J J

PLZ Ort

Institutionskennzeichen

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringens

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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
---	---	---	---	---	---

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

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

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp	<input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten	<input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten	

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"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante	<input type="checkbox"/> Schürzengriff
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Faustschluss
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> immobil	

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 Beatmungsentwöhnungsbzw. 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

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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
---	---	---	---	---	---

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

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

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp	<input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht	<input type="checkbox"/> 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"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante	<input type="checkbox"/> Schürzengriff
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Faustschluss
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> immobil	

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 Beatmungsentwöhnungsbzw. 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 den verordnenden Arzt