

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

Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

--	--	--	--

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

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Unfall

vom

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

 bis

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

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

--

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<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

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) bei intensivierter Insulintherapie

--	--	--	--	--

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits

Kompressionsverbände anlegen Kompressionsstrümpfe ausziehen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung, Präparate

--

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad						
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung									
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände									

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

	Anzahl
--	--------

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<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					

Weitere Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom bis

- | | | |
|--|---|---|
| <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 betreuten Wohnform | <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung |

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

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

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 bis

Leistung

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a Abs. 2 SGB V)

Name des Pflegedienstes

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Institutionskennzeichen Pflegedienst

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

Telefonnummer des Pflegedienstes Fax-Nr. des Pflegedienstes

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes

Datum

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

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

Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

--	--	--	--

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

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Unfall
 vom

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

 bis

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

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

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)
 bei intensivierter Insulintherapie

--	--	--	--	--

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen
 rechts links beidseits
 Kompressionsverbände anlegen
 Kompressionsstrümpfe ausziehen
 Kompressionsverbände abnehmen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

--	--	--	--	--

Wundversorgung, Präparate

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung			
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände			

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 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

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

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

vom

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

 bis

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

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Unfall

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Herrichten der Medikamentenbox
 Medikamentengabe
 Injektionen
 herrichten
 intramuskulär
 subkutan

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamte Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)
 bei intensivierter Insulintherapie

--	--	--	--	--

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen
 rechts
 links
 beidseits
 Kompressionsverbände anlegen
 Kompressionsstrümpfe ausziehen
 Kompressionsverbände abnehmen
 Stützende und stabilisierende Verbände, Art _____

Wundversorgung, Präparate

Dekubitusbehandlung
 Lokalisation _____
 aktuelle Größe _____
 aktueller Grad _____
 andere Wundverbände _____

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt