

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
 Kompressionsstrümpfe ausziehen
 Kompressionsverbände anlegen
 Kompressionsverbände abnehmen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart

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

Präparate, Verbandmaterialien

Wundversorgung akut
 Wundversorgung chronisch

Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

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

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

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

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

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
 Kompressionsverbände anlegen
 Stützende und stabilisierende Verbände, Art

rechts
 links
 beidseits

Kompressionsstrümpfe ausziehen
 Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart

Lokalisation

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

Präparate, Verbandmaterialien

Wundversorgung akut
 Wundversorgung chronisch

Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst

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

<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

<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	Stützende und stabilisierende Verbände, Art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart _____

Lokalisation _____

aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____

aktueller Grad _____

Präparate, Verbandmaterialien _____

<input type="checkbox"/>	Wundversorgung akut	<input type="checkbox"/> Wundversorgung chronisch				
<input type="checkbox"/>	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung					

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt