

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

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung Folgeverordnung

vom

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

 bis

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

 Unfall Unfallfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:	<input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):	_____	_____	_____

Grundpflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	_____
Hauswirtschaftliche Versorgung:	_____	_____	_____

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für die Krankenkasse

