

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)

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vom **TTMMJJ** bis **TTMMJJ**

Erstver-
ordnung Folgever-
ordnung Unfall SER

Behandlungspflege

Medikamentengabe,
Präparate

Herrichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen herrichten intramuskulär 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

Wundart _____

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

Präparate, Verbandmaterialien _____

Wundversorgung akut

Wundversorgung chronisch

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

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer (TTMM)	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege 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 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

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

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

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

 bis

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

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	Beschäftigtennummer der Pflegefachkraft
Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)	
Telefonnummer des Pflegedienstes	Fax-Nr. des Pflegedienstes
E-Mail-Adresse des Pflegedienstes	

Datum

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

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)

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vom **TTMMJJ** bis **TTMMJJ**

Erstver-
ordnung Folgever-
ordnung Unfall SER

Behandlungspflege

Medikamentengabe,
Präparate

Herrichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen herrichten intramuskulär subkutan

Blutzuckermessung

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

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen rechts links beidseits
 Kompressionsstrümpfe ausziehen

Kompressionsverbände anlegen Kompressionsverbände abnehmen

stützende und stabilisierende
Verbände, Art

Wundversorgung

Wundart

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

Präparate,
Verbandmaterialien

Wundversorgung akut

Wundversorgung chronisch

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

Dauer nur anzugeben bei Abweichung
von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer (TTMM)	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--

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 12

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

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

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vom

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

 bis

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

Erstver-
ordnung Folgever-
ordnung Unfall SER

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Herrichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen herrichten intramuskulär 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 Kompressionsverbände abnehmen
Verbände, Art _____

Wundversorgung

Wundart _____

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

Präparate, Verbandmaterialien _____

Wundversorgung akut

Wundversorgung chronisch

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

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer (TTMM)	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt