

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

Erstver-
ordnung Folgever-
ordnung Unfall SER

vom **T T M M J J** bis **T T M M J J**

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

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 **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 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

Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

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

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)

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

rechts
 links
 beidseits
 Kompressionsstrümpfe anziehen
 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	

Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft	Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung				
	Häufigkeit			Dauer (TTMM)	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Weitere Hinweise

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes