

Freigabe 12.03.2008

Verordnung häuslicher Krankenpflege

12

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.      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 **TTMMJJ** bis **TTMMJJ**       Unfall Unfallfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: \_\_\_\_\_

Verordnungsrelevante Diagnose(n)  
Besonderheiten lt. Verzeichnis: \_\_\_\_\_

Bitte hier das komplette Schuljahr eintragen.

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

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

Die notwendigen Angaben auf dieser Seite erfolgen durch den behandelnden Arzt

Behandlungspflege	folgende Leistungen	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Anzahl/Einsätze Dauer vom bis
<input checked="" type="checkbox"/> Blutzuckermessung			z.B. 4/20
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung			
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input checked="" type="checkbox"/> Injektionen: <input type="checkbox"/> herichten			z.B. 2/10
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe: <input type="checkbox"/> herichten			
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände: <input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/veranschaulichenden 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):			

In diesem Abschnitt kreuzt der Arzt an, welche Tätigkeiten von der Assistenz erbracht werden soll und es ist die Anzahl der Blutzuckermessungen und ggf. der Injektionen anzugeben.

Grundpflege:

folgende Leistungen	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Anzahl/Einsätze 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

Die notwendigen Angaben **auf dieser Seite** erfolgen durch die Erziehungsberechtigten

Ich beantrage

Die häusliche Krankenpflege soll erbracht werden

- in meinem Haushalt
- im Haushalt einer sonstigen Person

/ Schule

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Folgende verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können von im Haushalt lebenden Personen 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 \_\_\_\_\_

1. Bitte den bewilligten Zeitraum eintragen, welcher auf der Vorderseite vom Arzt eingetragen wurde.
2. Bitte das Feld „in meinem Haushalt“ ankreuzen.
3. Bitte Datum und Unterschrift von den Erziehungsberechtigten eintragen

**Angaben des Pflegedienstes** (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ sollen folgende Leistungen erbracht werden:

Leistung	Häufigkeit	Dauer
<div data-bbox="322 1444 837 1523" data-label="Text"> <p>Die „Angaben des Pflegedienstes“ müssen <b>nicht ausgefüllt</b> werden.</p> </div>		

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst:

Name des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name) \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

Fax-Nr. des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

Freigabe 12.03.2008

**Verbindliches Muster**

Stempel des Pflegedienstes