

Verordnung häuslicher Krankenpflege

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
Geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Stempel		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		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 bis Unfall Unfallsfolgen

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: _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom _____ bis _____

Die häusliche Krankenpflege soll erbracht werden

in meinem Haushalt

im Haushalt einer sonstigen Person

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 _____

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

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) _____

Vorwahl Telefon-Nr. _____ / Fax-Nr. des Pflegedienstes _____

Datum _____

Unterschrift des Pflegedienstes _____

Stempel des Pflegedienstes

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten: _____						
Kassen-Nr.: _____						
Versicherten-Nr.		Status				
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum:		

Verordnung häuslicher Krankenpflege

! 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 bis 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"/> herichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herichten <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:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Austertigung für den Pflegedienst

Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

- entsprechend der Verordnung die Kosten vom _____ bis _____ übernommen.
- in folgendem Umfang die Kosten vom _____ bis _____ übernommen:

Maßnahmen	Häufigkeit	Dauer

Bemerkungen / Hinweise:

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf des genehmigten Zeitraums auszustellen und

rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Ausfüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versicherten-Nr.

geb. am

Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse