

## Muster 62A: Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials

### Muster 62A: Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

Krankenkasse bzw. Kostenträger  Name, Vorname des Versicherten  geb. am  Kostenträgererkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	<p><b>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</b></p> <p style="text-align: right;"><b>62A</b></p> <p>① Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p>② Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <p> </p> <p> </p> <p>③ <b>Ergebnis der Erhebung</b></p> <p>Potenzial liegt vor      <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung      <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen      geplanter Termin</p> <p> </p> <p> </p> <p>Potenzial kann perspektivisch vorliegen      <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung      <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. <i>Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie</i>)</p> <p> </p> <p> </p> <p>Potenzial liegt nicht vor      <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung      <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <p> </p> <p>④ Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. <i>Einweisung in spezialisierte Einrichtung</i>) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <p> </p> <p> </p> <p>⑤ <input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p>⑥ <input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p> <p>⑦ Weitere Erläuterungen</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p>⑧ Ergebnis der Erhebung festgestellt am</p> <p>T T M M J J</p> <p>⑨ Erneute Erhebung geplant am</p> <p>T T M M J J</p> <p>Ausfertigung für die Krankenkasse</p>
--	--

Muster 62Aa (1.2023)

**(1) Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung**

In diesem Feld erfolgt die Angabe konkret durchgeföhrter Untersuchungen und erhobener Befunde, die zum Ergebnis der Erhebung geföhrt haben.

**(2) Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik**

Hier erfolgt die Erhebung des differenzierten Befundes der Schluckdiagnostik mit Angabe der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Schluck- bzw. Sprechfunktion (z.B. Sekret- Speichelmanagement, Möglichkeiten der Schluckaktinitiierung, mögliche Entblockungszeiten, Kostaufbau).

**(3) Ergebnis der Erhebung zur Beatmungsentwöhnung/zur Dekanülierung**

Ob und welche Felder in diesem Abschnitt anzukreuzen sind, hängt individuell von dem Ergebnis bei der oder dem Versicherten durchzuföhrenden Erhebung ab.

**(4) Maßnahmen zur Therapieoptimierung**

Die Prüfung einer Therapieoptimierung ist bei allen Versicherten notwendig, insbesondere dann, wenn dauerhaft kein Potenzial auf Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorhanden ist. In diesem Feld sollen Maßnahmen angegeben werden, die aus ärztlicher Sicht notwendig sind, um die Therapie zu optimieren.

**(5) Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnpotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.**

Wenn keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, kann die Erhebung entfallen. Voraussetzung ist, dass dies innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums der Potenzialbeobachtung von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen (nicht telemedizinischen) Erhebung durch die potenzialerhebende Ärztin oder den potenzialerhebenden Arzt festgestellt und dokumentiert wurde.

**(6) Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung [...] ist nicht mehr angezeigt**

Hier kann durch Ankreuzen dieses Feldes empfohlen werden, dass selbst zum Zwecke der Therapieoptimierung aus Sicht der potenzialerhebenden Ärztin oder des potenzialerhebenden Arztes keine Erhebung mehr angezeigt und erforderlich ist.

**(7) Weitere Erläuterungen**

Die potenzialerhebende Ärztin oder der potenzialerhebende Arzt kann hier weitere Hinweise, insbesondere für die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt sowie für die Krankenkasse, angeben.

**(8) Ergebnis der Erhebung festgestellt am**

**Muster 62A: Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials**

Hier ist das Datum der Untersuchung anzugeben. Werden die Untersuchungen an mehr als einem Tag durchgeführt, ist der Tag anzugeben, an dem die Erhebung abgeschlossen wurde.

**(9) Erneute Erhebung geplant am**

Hier ist anzugeben, wann die nächste Erhebung terminiert wurde. Dieses Datum berücksichtigt die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt bei Ausstellung der Verordnung auf Muster 62B.

## Muster 62B: Verordnung außerklinischer Intensivpflege

### Muster 62B: Verordnung außerklinischer Intensivpflege

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p> <p><b>4</b> <input type="checkbox"/> Erst-verordnung <b>4</b> <input type="checkbox"/> Folge-verordnung <b>5</b> <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)</p>	<p style="text-align: right;"><b>62B</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Verordnung außerklinischer Intensivpflege</b></p> <p style="text-align: center;">Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p><b>1</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> vom <b>TTMMJJ</b> bis <b>TTMMJJ</b> <b>3</b> Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) <b>TTMMJJ</b></p> <p><b>6</b> <input type="checkbox"/> Unfall</p>																																													
<p><b>7 I. Klinischer Status</b></p> <p><input type="checkbox"/> Beatmung, seit <b>TTMMJJ</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%;">Beatmungsform</td> <td style="width: 25%;">Beatmungsdauer</td> <td style="width: 25%;">Spontanatmungszeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td><input type="checkbox"/> Stunden pro Tag</td> <td><input type="checkbox"/> Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht</td> <td><input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit <b>TTMMJJ</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Trachealkanüle</td> <td colspan="2" style="width: 67%;">Entblockungszeiten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> geblockt</td> <td><input type="checkbox"/> ungeblockt</td> <td><input type="checkbox"/> Sprechventil <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Bewusstseinstörung, Art <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 20%;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="width: 20%;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="width: 20%;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="width: 20%;">Mobilität vorhanden</th> <th style="width: 20%;">Orale Ernährung</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Ort</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt bis an die Bettkante</td> <td><input type="checkbox"/> Nackengriff</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Zeit</td> <td><input type="checkbox"/> in den Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/> Schürzengriff</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> Person</td> <td><input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig</td> <td><input type="checkbox"/> Faustschluss</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Situation</td> <td><input type="checkbox"/> immobil</td> <td><input type="checkbox"/> Pinzettengriff</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht	<input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht	Trachealkanüle	Entblockungszeiten		<input type="checkbox"/> geblockt	<input type="checkbox"/> ungeblockt	<input type="checkbox"/> Sprechventil <input type="checkbox"/>	Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt bis an die Bettkante	<input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Schürzengriff	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Faustschluss			<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff			<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																																												
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag																																												
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht	<input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht																																												
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																																													
<input type="checkbox"/> geblockt	<input type="checkbox"/> ungeblockt	<input type="checkbox"/> Sprechventil <input type="checkbox"/>																																												
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																																										
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt bis an die Bettkante	<input type="checkbox"/> Nackengriff																																										
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Schürzengriff																																										
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Faustschluss																																										
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff																																										
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden																																												
<p><b>8 II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI</b> <input type="checkbox"/> Stunden je Tag</p> <p><b>III. Weitere Hinweise</b></p> <p><b>9</b> <input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanüllierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnnungs- bzw. Dekanüllierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><b>10</b> Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität</p> <p><input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht</p> <p>Weitere Erläuterungen</p> <p><b>11</b> <input type="checkbox"/> Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt</p> <p><b>12</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)</p> <p><b>13</b> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)</p>																																														
<p>Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes</p> <p>Muster 62Ba (1.2023)</p>																																														

**1.) Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)**

Hier sind die Diagnose(n) anzugeben, die die Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege medizinisch begründen. Die Diagnosen sind nach ICD-10-Code zu verschlüsseln.

**2.) vom - bis**

Hier erfolgt die Angabe des Zeitraums, in dem die außerklinische Intensivpflege erbracht werden soll. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

**3.) Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben)**

Diese Information ist nur durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt insbesondere im Rahmen der Vorabinformation anzugeben und auszufüllen, wenn das Muster 62B vor der Entlassung aus dem Krankenhaus ausgestellt wird.

**4.) Erstverordnung/Folgeverordnung**

Bei der Erstverordnung soll ein Zeitraum von 5 Wochen nicht überschritten werden. Erfolgt die Erstverordnung im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus und erfolgt eine nahtlose Versorgung, stellt die erste Verordnung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes eine Folgeverordnung dar.

Folgeverordnungen können für bis zu sechs Monate ausgestellt werden. Besteht dauerhaft kein Potenzial auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung, können Folgeverordnungen für bis zu 12 Monate ausgestellt werden. Folgeverordnungen sind spätestens drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

**5.) Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 2 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III; nur durch Krankenhaus anzugeben)**

Dieses Feld ist ausschließlich für eine Nutzung durch Krankenhäuser im Zuge des Entlassmanagements vorgesehen.

**6.) Unfall**

Ergibt sich die Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege infolge eines Unfalls, ist dies hier anzugeben.

**7.) I. KLINISCHER STATUS**

Hier sind konkrete klinische Parameter und die lebensbedrohlichen Einschränkungen der Vitalfunktionen zu benennen, welche im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege stehen. Auch sollen Mitwirkungsmöglichkeiten der oder des Versicherten aufgezeigt werden.

## 8.) II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

Anzugeben ist die täglich erforderliche Anzahl der Stunden, in denen die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur permanenten Interventionsbereitschaft zwingend erforderlich ist (maximal 24 Std.).

## III. Weitere Hinweise

### 9.) Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Hier können die Ausführungen des Musters **62A** aus dem Feld „Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.“ übernommen werden.

Wenn keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, kann die Erhebung entfallen. Voraussetzung ist, dass dies innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums der Potenzialbeobachtung von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen (nicht telemedizinischen) Erhebung durch die potenzialerhebende Ärztin oder den potenzialerhebenden Arzt festgestellt und dokumentiert wurde.

### 10.) Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

Hier ist anzukreuzen, ob eine regelmäßige Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung weiterhin angezeigt oder nicht mehr angezeigt und erforderlich ist. Zudem kann angegeben werden, ob die oder der Versicherte eine solche Erhebung ablehnt.

### 11.) Weitere Erläuterungen

Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt kann hier weitere Hinweise für die Krankenkasse sowie den Pflegedienst angeben.

### 12.) Konsilpartner bei nicht beatzungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt.

Dieses Feld richtet sich ausschließlich an die Verordnung von AKI bei Versicherten, die weder beatzungspflichtig noch trachealkanüliert sind.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die nicht auf die die AKI auslösende Erkrankung spezialisiert sind, können nur im (gegebenenfalls telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten verordnen. Die Konsilpartnerin oder der Konsilpartner ist hier anzugeben.

### 13.) Sonstige Hinweise

**Muster 62B: Verordnung außerklinischer Intensivpflege**

Hier ist die Angabe weiterer relevanter Hinweise insbesondere im Hinblick auf die eingeschränkte Kommunikation, Mitwirkungsfähigkeit oder Nahrungsaufnahme möglich.

## Muster 62C: Behandlungsplan

### Muster 62C: Behandlungsplan

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <p>Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status</p> <p>Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum</p>	<p style="text-align: right;"><b>Behandlungsplan</b></p> <p style="text-align: right;"><b>62C</b></p> <p><b>1</b> Bedarfsmedikamente für AKI</p> <p><b>2</b> Notfallmanagement</p> <p><b>3</b> Therapieziele</p> <p>MRE-Besiedelung <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, folgender Keim _____</p> <p>Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie</p> <p><b>4</b> Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Tracheotomie</td> <td style="width: 33%;">Trachealkanüle</td> <td style="width: 33%;">Befeuchtung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch</td> <td>Hersteller _____</td> <td>Innendurchmesser in mm _____, <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sekretmanagement</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Absaugerät</td> <td style="width: 33%;">Inhalationsgerät</td> <td style="width: 33%;">Medikament/Substanz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____</td> <td>Medikament/Substanz _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Dysphagiemanagement</p> <p><input type="checkbox"/> Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes Beatmungsgeräteinstellungen _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstoffinsufflation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Notfallversorgung</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">mit Beatmung</td> <td style="width: 33%;">unter Spontanatmung</td> <td style="width: 33%;">Mobilität</td> </tr> <tr> <td>Flow _____ l/min h/tgl. _____</td> <td>Flow _____ l/min h/tgl. _____</td> <td>Flow _____ l/min h/tgl. _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Spezielle Hygienemaßnahmen _____</p> <p>Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)</p> <p>Leistung _____</p> <p><b>5</b> Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Leistung</th> <th style="width: 10%;">Häufigkeit</th> <th style="width: 20%;">Dauer</th> </tr> <tr> <th></th> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Name des Arztes / der Ärztin _____</p> <p style="text-align: right;">ärztliche Unterschrift _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Ausfertigung für die Krankenkasse</b></p>	Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____, <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv	Absaugerät	Inhalationsgerät	Medikament/Substanz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	Medikament/Substanz _____	mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität	Flow _____ l/min h/tgl. _____	Flow _____ l/min h/tgl. _____	Flow _____ l/min h/tgl. _____	Leistung	Häufigkeit	Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																		
Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung																																												
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____, <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv																																												
Absaugerät	Inhalationsgerät	Medikament/Substanz																																												
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	Medikament/Substanz _____																																												
mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität																																												
Flow _____ l/min h/tgl. _____	Flow _____ l/min h/tgl. _____	Flow _____ l/min h/tgl. _____																																												
Leistung	Häufigkeit	Dauer																																												
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																																									

Muster 62Ca (1.2023)

### **1.) Bedarfsmedikamente für AKI**

Hier sind die Medikamente mit Namen und Dosierung anzugeben, die bei Bedarf zu verabreichen sind. Die Angabe eines Bedarfsgrundes sollte möglichst präzise erfolgen.

### **2.) Notfallmanagement**

Hier sind die Sofortmaßnahmen zu beschreiben, die beim Auftreten eines Notfalls, zum Beispiel bei Atmungs- und Kreislaufversagen oder einer Stoffwechselentgleisung umzusetzen sind.

### **3.) Therapieziele**

Hier sind die individuellen, patientenzentrierten Therapieziele anzugeben, auf die die AKI ausgerichtet ist (Sicherstellung von Vitalfunktionen, Vermeiden von lebensbedrohlichen Komplikationen, Linderung von Beschwerden, Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes).

### **4.) Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege**

Unter „Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)“ sind z.B. Angaben zu ernährungstherapeutischen Vorgaben, schmerz- und psychotherapeutischen Maßnahmen, palliativmedizinischen Aspekten und weiterer fachärztlicher Behandlung möglich.

### **5.) Medizinische Behandlungspflege**

Alle weiteren im zeitlichen Zusammenhang mit der AKI anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege sind Teil der AKI und können nicht separat im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege auf Muster 12 verordnet werden. Die erforderlichen Leistungen sowie deren Häufigkeit und Dauer sind hier, ggf. unter Nutzung eines Beiblattes, anzugeben.