

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben) \_\_\_\_\_

Erstverordnung  Folgeverordnung  Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)

Unfall

## I. Klinischer Status

Beatmung, seit \_\_\_\_\_

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	Stunden pro Tag	Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	Stunden pro Nacht	Stunden pro Nacht

Tracheostoma, seit \_\_\_\_\_

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____

Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz \_\_\_\_\_  zu regelmäßigen Zeiten  zu unregelmäßigen Zeiten

Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit \_\_\_\_\_

Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> bis an die Bettkante <input type="checkbox"/> in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Nackengriff <input type="checkbox"/> Schürzengriff <input type="checkbox"/> Faustschluss <input type="checkbox"/> Pinzettengriff
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise

## II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

Stunden je Tag

## III. Weitere Hinweise

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 Beatmungsentwöhnungsbzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

sind weiterhin angezeigt

sind nicht mehr angezeigt

werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Vertragsarztstempel/Unterschrift  
des verordnenden Arztes