

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Behandlungsplan

Bedarfsmedikamente für AKI

TherapiezieleMRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie**Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege** Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____ Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____, <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

 Sekretmanagement

Absauggerät	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 _____	_____

 Dysphagiemanagement Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteinstellungen Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____

 Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung

Häufigkeit	Dauer				
tgl.	wtl.	mtl.	vom		bis
mtl.	vom				
	bis				

Name des Arztes / der Ärztin	ärztliche Unterschrift
------------------------------	------------------------