

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

# Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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

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

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

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

 Erst-verordnung     Folge-verordnung     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

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

PRF.NR.  
Muster 62Bc/E (1.2023)