

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Verordnung häuslicher Krankenpflege

12

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

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

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

 Erstver-
ordnung Folgever-
ordnung Unfall SER

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vom _____ bis _____

Behandlungspflege**Medikamentengabe,
Präparate**

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Herrichten der Medikamentenbox |
| <input type="checkbox"/> | Medikamentengabe |
| <input type="checkbox"/> | Injektionen <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan |

**Dauer nur anzugeben bei Abweichung
von Dauer der gesamten Verordnung**

Häufigkeit			Dauer (TTMM)	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Blutzuckermessung

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Erst- oder Neueinstellung
<i>(max. 4 Wochen und max. 3x täglich)</i> |
| <input type="checkbox"/> | bei intensivierter Insulintherapie |

Kompressionsbehandlung

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Kompressionsstrümpfe anziehen |
| <input type="checkbox"/> | Kompressionsverbände anlegen |
| <input type="checkbox"/> | stützende und stabilisierende
Verbände, Art |
| <input type="checkbox"/> | rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> | Kompressionsstrümpfe ausziehen |
| <input type="checkbox"/> | Kompressionsverbände abnehmen |

Wundversorgung

Wundart

Lokalisation _____ aktuelle Größe
(Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____Präparate,
Verbandmaterialien

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Wundversorgung akut |
| <input type="checkbox"/> | Wundversorgung chronisch |

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl _____

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Unterstützungspflege
nach § 37 (1a) SGB V |
| <input type="checkbox"/> | Krankenhausvermeidungspflege
nach § 37 (1) SGB V |
| <input type="checkbox"/> | Grundpflege |
| <input type="checkbox"/> | hauswirtschaftliche Versorgung |

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Weitere HinweiseVertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
PRF.NR.
Muster 12c/E (7.2024)**Ausfertigung für den Vertragsarzt**

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.