

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

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

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

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vom T T M M J J bis T T M M J J

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

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

Blutzuckermessung

☐ Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) ☐ bei intensivierter Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

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

Wundversorgung

Wundart

Lokalisation

Präparate, Verbandmaterialien

	Wundversorgung akut
	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 Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt