

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

Verordnung häuslicher Krankenpflege

12

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

<input type="checkbox"/> Erstver- ordnung	<input type="checkbox"/> Folgever- ordnung	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> SER
--	---	---------------------------------	------------------------------

vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

Blutzuckermessung

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

Kompressionsbehandlung

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

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 Hinweise

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes