

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

# Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

--	--	--	--

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


Erstverordnung   
  Folgeverordnung   
  Unfall

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	

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

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

## Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)   
  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								

## Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart

Lokalisation  aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)  aktueller Grad

Präparate, Verbandmaterialien

Wundversorgung akut   
  Wundversorgung chronisch

Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

## 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 die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

## Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 

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

 bis 

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

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung		

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ       Ort

Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden

Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum 

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

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

## Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom 

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

 bis 

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

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (*Vertragspartner gem. § 132a Abs. 4 SGB V*)

Name des Pflegedienstes

Straße, Haus-Nr

PLZ       Ort

Institutionskennzeichen Pflegedienst

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

Telefonnummer des Pflegedienstes  Fax-Nr. des Pflegedienstes

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes

Datum 

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

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

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

# Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

--	--	--	--

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


Erstverordnung  
  Folgeverordnung  
  Unfall

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	

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

## Blutzuckermessung

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

## Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen  
  Kompressionsverbände anlegen  
  Stützende und stabilisierende Verbände, Art

rechts  
  links  
  beidseits

Kompressionsstrümpfe ausziehen  
  Kompressionsverbände abnehmen

## Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart

Lokalisation

aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)

aktueller Grad

Präparate, Verbandmaterialien

Wundversorgung akut  
  Wundversorgung chronisch

Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

## 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 Pflegedienst

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

# Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

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

vom 

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

 bis 

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

Erstverordnung  Folgeverordnung  Unfall

## 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	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

**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"/>	Kompressionsstrümpfe ausziehen								
<input type="checkbox"/>	Stützende und stabilisierende Verbände, Art	<input type="checkbox"/>	Kompressionsverbände abnehmen								

**Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung**

Wundart \_\_\_\_\_

Lokalisation \_\_\_\_\_

aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) \_\_\_\_\_

aktueller Grad \_\_\_\_\_

Präparate, Verbandmaterialien \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Wundversorgung akut	<input type="checkbox"/>	Wundversorgung chronisch					
<input type="checkbox"/>	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung							

**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**