

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 \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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	

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							

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					

Weitere Hinweise \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis




Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

## Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

<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"/>	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes