

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**

--

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

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<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**

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

--	--	--	--	--

**Kompressionsbehandlung**

Kompressionsstrümpfe anziehen  rechts  links  beidseits

Kompressionsverbände anlegen  Kompressionsstrümpfe ausziehen

Kompressionsverbände abnehmen  Kompressionsverbände abnehmen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art 

--

--	--	--	--	--

**Wundversorgung, Präparate**

--

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad						
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung									
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände									

**Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege**


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

	Anzahl
--	--------

## Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
<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


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  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"/> 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

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. 2 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

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


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

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Herrichten der Medikamentenbox  
 Medikamentengabe  
 Injektionen  
  herrichten  
  intramuskulär  
  subkutan


### Blutzuckermessung

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

--	--	--	--	--

### Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen  
  rechts  
  links  
  beidseits  
 Kompressionsverbände anlegen  
  Kompressionsstrümpfe ausziehen  
 Kompressionsverbände abnehmen


Stützende und stabilisierende Verbände, Art

--	--	--	--	--

### Wundversorgung, Präparate


	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung			
<input type="checkbox"/> andere Wundverbände			


### Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege



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

--

Anzahl

## Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V  
 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V  
 Grundpflege  
 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Herrichten der Medikamentenbox  
 Medikamentengabe  
 Injektionen       herrichten       intramuskulär       subkutan

*Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamte 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       rechts       links       beidseits  
 Kompressionsverbände anlegen       Kompressionsstrümpfe ausziehen  
 Kompressionsverbände abnehmen  
 Stützende und stabilisierende Verbände, Art \_\_\_\_\_


Wundversorgung, Präparate

\_\_\_\_\_

	Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad
<input type="checkbox"/>	Dekubitusbehandlung	_____	_____
<input type="checkbox"/>	andere Wundverbände	_____	_____


Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


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

\_\_\_\_\_

Anzahl

## Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V  
 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V  
 Grundpflege  
 hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Weitere Hinweise

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt