

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

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung

Folgeverordnung

vom

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

 bis

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

 Unfall Unfallfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

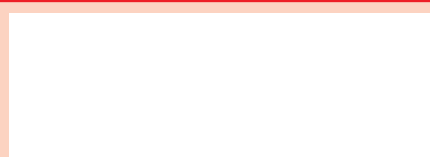
	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:	<input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):	_____	_____	_____

Grundpflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	_____

Hauswirtschaftliche Versorgung:

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------



Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für die Krankenkasse

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom _____ bis _____

Die häusliche Krankenpflege soll erbracht werden

in meinem Haushalt

im Haushalt einer sonstigen Person

Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ / _____

Folgende verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können von im Haushalt lebenden Personen 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)

Für die Zeit vom _____ bis _____ sollen folgende Leistungen erbracht werden:

Leistung	Häufigkeit	Dauer

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst:

Name des Pflegedienstes

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)

Institutionskennzeichen des Pflegedienstes

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

Telefonnummer des Pflegedienstes

Fax-Nr. des Pflegedienstes

Datum

Unterschrift des Pflegedienstes

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Stempel des Pflegedienstes

Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung

Folgeverordnung

vom

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

 bis

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

 Unfall Unfallfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)

Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

Anleitung zur Behandlungspflege _____ folgende Leistungen _____ Anzahl/Einsätze

Häufigkeit x tgl. / x wtl. **Dauer** vom bis

Blutzuckermessung _____

Dekubitusbehandlung _____

Lokalisation/Grad/Größe: _____

Injektionen: herrichten i.m. s.c. _____

Medikamentengabe: herrichten verabreichen _____

Präparate: (auch bei Injektionen): _____

Verbände: Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden _____

Anlegen von Kompressionsverbänden _____

Anlegen und Wechseln von Wundverbänden _____

Lokalisation / Wundbefund: _____

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): _____

Grundpflege:

Anleitung zur Grundpflege _____ folgende Leistungen _____ Anzahl/Einsätze

Häufigkeit x tgl. / x wtl. **Dauer** vom bis

Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training) _____

Ernährung _____

Körperpflege _____

Hauswirtschaftliche Versorgung: _____

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für den Pflegedienst

Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung die Kosten vom _____ bis _____ übernommen.

in folgendem Umfang die Kosten vom _____ bis _____ übernommen:

Maßnahmen	Häufigkeit	Dauer
<i>Kopie</i>		

Bemerkungen / Hinweise:

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung **in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums auszustellen und
- **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versicherten-Nr.

geb. am

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse

Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung

Folgeverordnung

vom

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

 bis

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

 Unfall Unfallfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

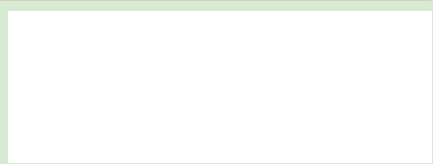
	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:	<input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):	_____	_____	_____

Grundpflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	_____

Hauswirtschaftliche Versorgung:

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------



Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst
– der Abrechnung beizufügen

Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung die Kosten vom _____ bis _____ übernommen.

in folgendem Umfang die Kosten vom _____ bis _____ übernommen:

Maßnahmen	Häufigkeit	Dauer
		

Bemerkungen / Hinweise:

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung **in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums auszustellen und
- **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versicherten-Nr.

geb. am

Freigabe 12.03.2008

Verbindliches Muster

Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse

Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung Folgeverordnung

vom

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

 bis

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

 Unfall Unfallfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n)
Besonderheiten lt. Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:	<input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):	_____	_____	_____

Grundpflege:

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	_____

Hauswirtschaftliche Versorgung:

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für den Vertragsarzt