

2.12.8 Muster 12a.1/E

ADK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft		Verordnung häuslicher Krankenpflege	12																																																																																																									
Name, Vorname des Versicherten							geb. am _____		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <p>! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. !</p> </div> <p><input type="checkbox"/> Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.</p> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung</p> <p>vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Unfallunfallfolgen</p>																																																																																																									
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.		Status																																																																																																													
Vertragsart-Nr.		VK gültig bis		Datum																																																																																																														
<p>Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____</p> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n)/ Besonderheiten laut Verzeichnis: _____</p>																																																																																																																		
<p>Häusliche Krankenpflege erfolgt: <input type="checkbox"/> statt Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung</p> <p>Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):</p>																																																																																																																		
<p>Behandlungspflege:</p> <p><input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege _____ folgende Leistung(en) _____ Anzahl / Einsätze</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Häufigkeit x tgl. / x wtl.</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Dauer vom bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blutzuckermessung</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Lokalisation / Grad / Größe: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Injektionen: <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medikamentengabe: <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Präparate: (auch bei Injektionen): _____</td> </tr> <tr> <td>Verbände</td> <td><input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Lokalisation / Wundbefund: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="10"><input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):</td> </tr> <tr> <td colspan="10">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="10">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="10">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <p>Grundpflege:</p> <p><input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege _____ folgende Leistung(en) _____ Häufigkeit x tgl. / x wtl. _____ Anzahl / Einsätze Dauer vom bis _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Häufigkeit x tgl. / x wtl.</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Anzahl / Einsätze Dauer vom bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfen, Kontrolle und Training)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ernährung</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Körperpflege</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hauswirtschaftliche Versorgung: _____</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="font-size: small;">Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</td> <td colspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p style="font-size: x-small;">Vertragsärztestempel/Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-weight: bold;">Ausfertigung für die Krankenkasse</p> <p style="font-size: x-small;">KBV-PfV-Nr. Muster 12a.1/E (7/2000)</p> </td> </tr> </tbody></table>											Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis	<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):										_____										_____										_____										<p>Grundpflege:</p> <p><input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege _____ folgende Leistung(en) _____ Häufigkeit x tgl. / x wtl. _____ Anzahl / Einsätze Dauer vom bis _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Häufigkeit x tgl. / x wtl.</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Anzahl / Einsätze Dauer vom bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfen, Kontrolle und Training)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ernährung</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Körperpflege</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hauswirtschaftliche Versorgung: _____</p>											Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Anzahl / Einsätze Dauer vom bis	<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfen, Kontrolle und Training)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.							<p style="font-size: x-small;">Vertragsärztestempel/Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-weight: bold;">Ausfertigung für die Krankenkasse</p> <p style="font-size: x-small;">KBV-PfV-Nr. Muster 12a.1/E (7/2000)</p>		
	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis																																																																																																																
<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):																																																																																																																		

<p>Grundpflege:</p> <p><input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege _____ folgende Leistung(en) _____ Häufigkeit x tgl. / x wtl. _____ Anzahl / Einsätze Dauer vom bis _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Häufigkeit x tgl. / x wtl.</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Anzahl / Einsätze Dauer vom bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfen, Kontrolle und Training)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ernährung</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Körperpflege</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hauswirtschaftliche Versorgung: _____</p>											Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Anzahl / Einsätze Dauer vom bis	<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfen, Kontrolle und Training)	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____																																																																																													
	Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Anzahl / Einsätze Dauer vom bis																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfen, Kontrolle und Training)	_____	_____																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____																																																																																																																
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____																																																																																																																
Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.							<p style="font-size: x-small;">Vertragsärztestempel/Unterschrift des Arztes</p> <p style="font-weight: bold;">Ausfertigung für die Krankenkasse</p> <p style="font-size: x-small;">KBV-PfV-Nr. Muster 12a.1/E (7/2000)</p>																																																																																																											