

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK		
Name, Vorname des Versicherten Schnurr, Annette Neue Steige 5 99988 Unterbach		
		geb. am 30.01.1946
Kostenträgerkennung 8077779	Versicherten-Nr. K77111112	Status 5
Betriebsstätten-Nr. 619530400	Arzt-Nr. 62070261/3	Datum 08.09.

Verordnung häuslicher Krankenpflege

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

S62.1

E11.90

H54.9

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen

(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Handgelenksfraktur – ambulante Operation mit

Anlage von Nägeln/Schrauben; Diabetes mellitus

hochgradige Einschränkung der Sehfähigkeit

☒ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Unfall ☐ SER

Nur bei ärztlicher Feststellung von Häufigkeit und Dauer

vom **0 9 0 9** bis **2 2 0 9**

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Insulin spritzen

☐ Herrichten von 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

☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art

☐ Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung und Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart **Operationswunde mit Wundheilungsstörung**

Lokalisation **Hand**

Aktuelle Größe
(Länge, Breite, Tiefe) **10x2**

Aktueller Grad

Präparate,

Verbandmaterialien **Vlieskompress**

☒ Wundversorgung akut

☐ Wundversorgung chronisch

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
2	7			
1	7			

Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Häufigkeit/Dauer
von Pflegefachkraft

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung				
Häufigkeit	tgl	wtl	mtl	Dauer
				vom bis
	3	7		
	3	7		

	3			

Dr. med. P. Faller
Siedlerstr. 15
99988 Unterbach
Tel. 09999 92-500

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten Schnurr, Annette	Kostenträgerkennung 8077779	Versicherten-Nr. K77111112
---	---------------------------------------	--------------------------------------

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom

0	9	0	9		
---	---	---	---	--	--

 bis

2	2	0	9		
---	---	---	---	--	--

<input checked="" 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 Wohngemeinschaft	
<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 im Haushalt lebende Personen erbracht werden

☒ Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden. **Ich lebe alleine.**

☐ Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum

0	8	0	9		
---	---	---	---	--	--

A. Schnurr

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 Leistung

0	9	0	9		
---	---	---	---	--	--

bis

2	2	0	9		
---	---	---	---	--	--

Häufigkeit			Dauer	
tgl	wtl	mtl	vom	bis
3	7			
	3			
2	7			
1	7			

Blutzucker messen, Insulin spritzen

Wundverbände wechseln

Hilfe beim Waschen und Ankleiden

hauswirtschaftliche Verrichtungen

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

Name des Pflegedienstes

Sozialstation St. Kilian

Straße, Haus-Nr.

Jakoberstr. 14

PLZ Ort

9 9 9 8 8 Unterbach

Institutionskennzeichen Pflegedienst

5 0 0 7 3 5 8 6 0

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

PDL Ramona Schmidt

Telefonnummer des Pflegedienstes

09999 915-0

Fax-Nr. des Pflegedienstes

09999 915-50

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes

Info@Sozialstation-St.Kilian.de

Datum

0	9	0	9		
---	---	---	---	--	--

**Sozialstation
St. Kilian**

Jakoberstr. 14
99988 Unterbach
Tel. 09999 915-0

Schmidt

Zulassung alle Krankenkassen
IK 500735 860

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten Busch, Svenja	Kostenträgerkennung 8077779	Versicherten-Nr. T771456123
--	---------------------------------------	---------------------------------------

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom **2 8 0 5** bis **2 4 0 6**

<input checked="" 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 Wohngemeinschaft	
<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 im Haushalt lebende Personen erbracht werden

☒ Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden. **Ich lebe alleine.**

☐ Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum

2 7 0 5


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 Leistung

0 6 0 9

bis

1 9 0 9

Häufigkeit			Dauer	
tgl	wtl	mtl	vom	bis
1	7			
	3			
2	7			
1	7			

Blutzucker messen, Insulin spritzen

Wundverbände wechseln

Hilfe beim Waschen und Ankleiden

hauswirtschaftliche Verrichtungen

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

Name des Pflegedienstes

Sozialstation St. Kilian

Straße, Haus-Nr.

Jakoberstr. 14

PLZ

9 9 9 8 8

Ort

Unterbach

Institutionskennzeichen Pflegedienst

5 0 0 7 3 5 8 6 0

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

PDL Ramona Schmidt

Telefonnummer des Pflegedienstes

09999 915-0

Fax-Nr. des Pflegedienstes

09999 915-50

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes

Info@Sozialstation-St.Kilian.de

Datum

2 7 0 5

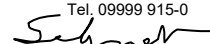
Sozialstation

St. Kilian

Jakoberstr. 14

99988 Unterbach

Tel. 09999 915-0



Zulassung alle Krankenkassen
IK 500735 860

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes