

2.12.8 Muster 12a.1/E

ADK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	Verordnung häuslicher Krankenpflege	12																																																																					
Name, Vorname des Versicherten							! Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. !																																																																						
geb. am _____																																																																													
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status			<input type="checkbox"/> Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich. <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen																																																																						
Vertragsart-Nr.		VK gültig bis		Datum																																																																									
Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____ Verordnungsrelevante Diagnose(n)/ Besonderheiten laut Verzeichnis: _____																																																																													
Häusliche Krankenpflege erfolgt: <input type="checkbox"/> statt Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung																																																																													
Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen): Behandlungspflege: <input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege _____ folgende Leistung(en) _____ Anzahl / Einsätze _____ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Häufigkeit x tgl. / x wtl.</th> <th style="width: 15%; 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 <input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Lokalisation / Wundbefund: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="9"> <input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): _____ _____ _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="9"> Grundpflege: <input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege _____ folgende Leistung(en) _____ 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 _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="9"> Hauswirtschaftliche Versorgung: _____ </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="2" style="text-align: center; vertical-align: bottom;"> Vertragsärztestempel/Unterschrift des Arztes Ausfertigung für die Krankenkasse KBV-PfV-Nr. _____ Muster 12a.1/E (7/2000) </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): _____ _____ _____									Grundpflege: <input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege _____ folgende Leistung(en) _____ 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 _____									Hauswirtschaftliche Versorgung: _____									Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.							Vertragsärztestempel/Unterschrift des Arztes Ausfertigung für die Krankenkasse KBV-PfV-Nr. _____ Muster 12a.1/E (7/2000)	
	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): _____ _____ _____																																																																													
Grundpflege: <input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege _____ folgende Leistung(en) _____ 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 _____																																																																													
Hauswirtschaftliche Versorgung: _____																																																																													
Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.							Vertragsärztestempel/Unterschrift des Arztes Ausfertigung für die Krankenkasse KBV-PfV-Nr. _____ Muster 12a.1/E (7/2000)																																																																						