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

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

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

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vom _____ bis _____

☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Unfall ☐ SER

Behandlungspflege

Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

	Häufigkeit			Dauer (TTMM)	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
☐ Herrichten der Medikamentenbox					
☐ Medikamentengabe					
☐ Injektionen ☐ herrichten ☐ intramuskulär ☐ subkutan					

Medikamentengabe, *Präparate* _____

Blutzuckermessung

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

Kompressionsbehandlung ☐ rechts ☐ links ☐ beidseits

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen					
☐ Kompressionsverbände anlegen ☐ Kompressionsverbände abnehmen					
☐ stützende und stabilisierende Verbände, Art _____					

Wundversorgung

Wundart _____

Lokalisation _____ aktuelle Größe ***(Länge, Breite, Tiefe)*** _____ aktueller Grad _____

Präparate, Verbandmaterialien _____

☐ Wundversorgung akut					
☐ Wundversorgung chronisch					

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

Weitere Hinweise _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.