

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

☐ Erstver-
ordnung ☐ Folgever-
ordnung ☐ Unfall ☐ SER

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 _____

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

	Herrichten der Medikamentenbox						
	Medikamentengabe						
	Injektionen	<input type="checkbox"/>	herrichten	<input type="checkbox"/>	intramuskulär	<input type="checkbox"/>	subkutan

Blutzuckermessung

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

Kompressionsbehandlung

<input type="checkbox"/>	Kompressionsstrümpfe anziehen	<input type="checkbox"/>	Kompressionsstrümpfe ausziehen
<input type="checkbox"/>	Kompressionsverbände anlegen	<input type="checkbox"/>	Kompressionsverbände abnehmen
<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/>	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V
<input type="checkbox"/>	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V
<input type="checkbox"/>	Grundpflege
<input type="checkbox"/>	hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Weitere Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF.NR.
Muster 12a.1/E (7.2024)