

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

Behandlungsplan

Bedarfsmedikamente für AKI

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

☐ Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter

☐ Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller Innendurchmesser in mm	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

☐ Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag Medikament/Substanz

☐ Dysphagiemanagement

☐ Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes

Beatmungsgeräteeinstellungen

☐ Sauerstoffinsufflation ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.

☐ Spezielle Hygienemaßnahmen

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)				Häufigkeit			Dauer	
Leistung	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis			

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift