

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

Verordnung
außerklinischer Intensivpflege

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

vom bis

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

☐ Erstverordnung

☐ Folgeverordnung

☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)

☐ Unfall

I. Klinischer Status

☐ Beatmung, seit

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	Stunden pro Tag	Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp	Stunden pro Nacht	Stunden pro Nacht

☐ Tracheostoma, seit

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	

☐ Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz zu regelmäßigen Zeiten zu unregelmäßigen Zeiten

☐ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit

☐ Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> Schürzengriff	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> Faustschluss	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> Pinzettengriff	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

☐ sind weiterhin angezeigt ☐ sind nicht mehr angezeigt ☐ werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des verordnenden Arztes