

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
<div><input type="checkbox"/> dilatativ</div> <div><input type="checkbox"/> chirurgisch</div>	HerstellerInnendurchmesser in mm	<div><input type="checkbox"/> passiv</div> <div><input type="checkbox"/> aktiv</div>

☐

Sekretmanagement

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

☐

Dysphagiemanagement

☐

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes

Beatmungsgeräteeinstellungen

☐

Sauerstoffinsufflation

☐ ja

☐ nein

☐ Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
FlowDauer	FlowDauer	FlowDauer

☐

Spezielle Hygienemaßnahmen

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift