

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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

Tracheostoma, seit

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

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"/> 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"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Nackengriff	
			<input type="checkbox"/> Schürzengriff	
			<input type="checkbox"/> Faustschluss	
			<input type="checkbox"/> Pinzettengriff	

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

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom bis

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohneinheit
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung

Leistungsort

Name des Leistungortes

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Wird von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum die Übernahme von Leistungen angestrebt?

Ja, es wird die Übernahme folgender Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt:

Nein, es wird keine Übernahme von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt.

An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Datum

Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Leistungserbringers nach § 132l Abs. 5 SGB V (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Die außerklinische Intensivpflege wird täglich in der Zeit

vom bis im Umfang von Stunden erbracht.

Die außerklinische Intensivpflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Leistungserbringer (§ 132l Abs. 5 SGB V)

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Institutionskennzeichen

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Datum

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht	<input type="text"/> <input type="text"/> 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"/> 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"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Nackengriff	
			<input type="checkbox"/> Schürzengriff	
			<input type="checkbox"/> Faustschluss	
			<input type="checkbox"/> Pinzettengriff	

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

Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht	<input type="text"/> <input type="text"/> 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"/> 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"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> Nackengriff	
			<input type="checkbox"/> Schürzengriff	
			<input type="checkbox"/> Faustschluss	
			<input type="checkbox"/> Pinzettengriff	

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

Ausfertigung für den verordnenden Arzt