

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

# Behandlungsplan

62C

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 <input type="text"/> Innendurchmesser in mm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

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

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes  
Beatmungsgeräteinstellungen

Sauerstoffinsufflation  ja  nein  Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

# Behandlungsplan

62C

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="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

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

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes  
Beatmungsgeräteinstellungen

Sauerstoffinsufflation  ja  nein  Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>

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

Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

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

# Behandlungsplan

Bedarfsmedikamente für AKI

62C

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="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

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

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes  
Beatmungsgeräteinstellungen

Sauerstoffinsufflation  ja  nein  Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>

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

Ausfertigung für den verordnenden Arzt