

Anlage 3 : Verordnungsformular

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung für sozialmedizinische Nachsorge- maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V
Name, Vorname des Kindes Geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Verordnung für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

KH-Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V seit: _____ **(voraussichtlich) bis:** _____

Stat. Rehabilitation seit: _____ **(voraussichtlich) bis:** _____

Leistungsbegründende Diagnose (ICD-10-Schlüssel): _____

Nebendiagnosen: _____

Operationen (Datum und Art): _____

Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (mind. 6): _____

Im Zeitraum: von _____ **bis** _____

Art der verordneten Nachsorgemaßnahmen:

Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Koordinierung der verordneten Leistungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Liegt eine Krankheit im Finalstadium vor? ja nein

Hinweis: Bei Vorliegen einer Krankheit im Finalstadium (voraussichtlich nur noch begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten) wird ein erhöhter Bedarf an Koordination komplexer Interventionen sowie von Motivierung und Unterstützung der Angehörigen eines sterbenden Kindes/Jugendlichen vorausgesetzt. Aus diesem Grund entfallen die nachfolgenden Angaben.

Ausprägung von Schädigungen der Körperfunktionen und zugehörige Interventionen

	ausgeprägt	mäßig	geringfügig	Physiotherapie	fazio-orale Therapie	Beatmung	Monitoring	parenterale Medikation	parenterale Ernährung	implantierte Pumpen	Sonden	Sondenernährung	externe Pumpen	Katheter	Lagerungshilfen	Mobilitätshilfen	psychologische Therapie	HKP	Ergotherapie	Logopädie	Leistungen nach SGB XI	
Mentale Funktion																						
Bewusstsein*				■		■	■				■											
Antrieb/Motivation																						
Schlafen																						
Aufmerksamkeit																						
Psychomotorische/ emotionale Funktion																						
Wahrnehmung																						
Sinnesfunktion/Schmerz																						
Sehvermögen																						
Hörvermögen																						
Schmerzempfindung																						
Stimm-/Sprechfunktion																						
Funktionen des Herz-, Kreislauf-, Immun- und Atemungssystem																						
Herz-/Kreislauffunktion*							■			■												
Immunsystem**								■														
Atemungssystem**						■																
Funktionen des Verdauungssystems																						
Nahrungsaufnahme*					■				■		■											
Defäkationsfunktion																						
Funktion des Urogenitalsystems																						
Miktionsfunktion																						
Sexuelle Funktionen																						
Bewegungsbezogene Funk- tion																						
Funktionen der Bewegung																						
Muskelkraft/Muskeltonus																						

* Kombination von mindestens 2 der grau hinterlegten Interventionen.

** Die grau hinterlegte Intervention ist obligat.

Schweregrad der beeinträchtigten Aktivitäten/Teilhabe und zugehörige Interventionen

	eingeschränkt	personelle Hilfe nötig	vollständige Hilfebedürftigkeit	Physiotherapie	Katheter	Lagerungshilfen	Mobilitätshilfen	psychologische Therapie	HKP	Ergotherapie	Logopädie	Leistungen nach SGB XI
Kommunikation												
Mobilität												
Körperposition ändern												
krabbeln												
gehen/laufen												
Selbstversorgung												
sich waschen/kämmen												
Toilette benutzen												
sich an-/ausziehen												
essen/trinken												
Häusliches Leben												
Mahlzeiten zubereiten												
Haushaltsaufgaben übernehmen												
Interpersonelle Interaktionen/Beziehungen												
Beziehung aufnehmen/aufrechterhalten												
Familienbeziehungen												
intime Beziehungen												
Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen												
Bedeutende Lebensbereiche												
Krippen-/Kindergartenbesuch												
Schulbesuch												
Arbeit/Beschäftigung												

Sind die notwendigen Interventionen am Wohnort nur unter erschwerten Bedingungen zugänglich?

ja nein

Ist eine familiäre Überforderung mit der Versorgungsaufgabe zu erwarten?

ja nein

Ist die Koordination der Leistungen sehr zeitintensiv?

ja nein

Ist eine Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der Leistungen erforderlich?

ja nein

Ist eine Verkürzung des stationären Krankenhausaufenthaltes oder der stationären Rehabilitation durch die Inanspruchnahme der Leistung möglich?

ja nein

Welche Probleme ergeben sich voraussichtlich bei der Sicherstellung der häuslichen Versorgung?

Datum

Stempel und Unterschrift des verordnenden Arztes

Antrag

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen werden beantragt und sollen bei dem folgenden Leistungserbringer erbracht werden

Name und Anschrift der Einrichtung

Datum

Unterschrift des(r) Erziehungsberechtigten

Erklärung der Krankenkasse zur Kostenübernahme bzw. -beteiligung

Die Krankenkasse trägt die Kosten der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen in Höhe von _____ € pro Nachsorgeeinheit innerhalb von _____ Wochen für insgesamt _____ sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten

für die Leistungen:

Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung

ja nein

Koordinierung der verordneten Leistungen

ja nein

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

ja nein

bei folgendem Leistungserbringer:

Name und Anschrift der Einrichtung

Mit den übernommenen Kosten sind alle Ansprüche gegenüber der Krankenkasse abgegolten.

Datum

Stempel der Krankenkasse/Unterschrift

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht.