

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

### Verordnung für eine häusliche Krankenpflege – von der behandelnden ärztlichen Person auszufüllen

---

Eine häusliche Krankenpflege ist erforderlich

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Eine häusliche Krankenpflege ist erforderlich vom

bis

---

#### Ärztliche Stellungnahme/Begründung,

für die Notwendigkeit einer häuslichen Krankenpflege.

Es handelt sich um eine

Erstverordnung

Folgeverordnung

Häusliche Krankenpflege erfolgt:

anstelle einer erforderlichen Krankenhaus-

behandlung

Ja

zur Sicherung der ambulanten ärztlichen

Behandlung

Ja

als Sonderfall: Unfall, Unfallfolgen

Ja

---

## Folgende Maßnahmen sind notwendig – Behandlungspflege

<b>Medikamentengabe</b>				mal täglich	mal wöchentlich
Herrichten Medikamentenbox					
Injektionen	herrichten	i.m.	s.c.	mal täglich	mal wöchentlich
Präparate (auch bei Injektionen)					

---

<b>Blutzuckermessung Erst- oder Neueinstellung</b>				mal täglich	mal wöchentlich
--	--	--	--	-------------	-----------------

<b>Blutzuckermessung bei intensivierter Insulintherapie</b>				mal täglich	mal wöchentlich
---	--	--	--	-------------	-----------------

---

<b>Kompressionsbehandlung</b>	links	rechts	beiderseits		
Kompressionsstrümpfe anziehen	Kompressionsstrümpfe ausziehen	mal täglich	mal wöchentlich		
Kompressionsverbände anlegen	Kompressionsverbände abnehmen	mal täglich	mal wöchentlich		
Anlegen von stützenden/ stabilisierenden Verbänden		mal täglich	mal wöchentlich		

---

## Wundversorgung

Wundart

Lokalisation	aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)	aktueller Grad
--------------	--	----------------

Wundversorgung akut	Wundversorgung chronisch
---------------------	--------------------------

Positionswechsel Dekubitusbehandlung

---

**Außerklinische Intensivpflege (AKI)** Erforderlicher Leistungsumfang AKI in Stunden pro Tag:

Beatmungsform	invasiv	nicht invasiv	
Tracheostoma	ja	nein	Sprechventil

Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit

---

**Sonstige Maßnahmen** der Behandlungspflege (Einschließlich Häufigkeit und Dauer)

Anleitung zur Behandlungspflege, folgende Leistungen (inkl. Anzahl/Einsätze)

---

**Folgende Maßnahmen sind notwendig – Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung**

Unterstützungspflege (bei Pflegegrad 1 oder keiner Pflegebedürftigkeit)	mal täglich	mal wöchentlich
Grundpflege	mal täglich	mal wöchentlich
Hauswirtschaftliche Versorgung (Tätigkeiten)	mal täglich	mal wöchentlich

Anleitung zur Grundpflege, folgende Leistungen (inkl. Anzahl/Einsätze)

---

## Verordnung für eine häusliche Krankenpflege – vom Mitglied auszufüllen

---

Ich bestätige, dass die verordneten Maßnahmen durch keine andere im Haushalt lebende Person durchgeführt werden können. Ja

---

Die häusliche Krankenpflege wird durchgeführt von  
Sozialdienst / Krankenpflegestation /  
Krankenpfleger\*in / Ersatzpflegekraft

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Die häusliche Krankenpflege wird durchgeführt von  
nahen Angehörigen (Ehe-/Lebenspartner\*in, Eltern,  
Kinder)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

---

### **Bestätigung – von der behandelnden ärztlichen Person auszufüllen**

Die Notwendigkeit der Maßnahmen wird bestätigt.

Die Ersatzkraft ist für die verordneten Maßnahmen geeignet.

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift behandelnde ärztliche Person

---