

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</b>				mal täglich	mal wöchentlich
<b>Kompressionsbehandlung</b>	links			rechts	beiderseits
Kompressionsstrümpfe anziehen		Kompressionsstrümpfe ausziehen		mal täglich	mal wöchentlich
Kompressionsverbände anlegen		Kompressionsstrümpfe abnehmen		mal täglich	mal wöchentlich
Anlegen von stützenden/ stabilisierenden Verbänden				mal täglich	mal wöchentlich
<b>Wundversorgung</b>					
Dekubitus				mal täglich	mal wöchentlich
Andere Wundverbände				mal täglich	mal wöchentlich
Lokalisation und Wundbefund					

**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

---