

Ausfüllhilfe

für die Verordnung häuslicher Krankenpflege · Vorderseite

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Musterfrau/Mann, Max/ine

geb. am

01.01.1950

Musterweg 1

23879 Mölln

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

0000000

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

30.04.2026

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

L97

L89.9

I70.2

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

- Wundversorgung im Wundzentrum erwünscht

- Wundversorgung über das Wundzentrum in Form eines Hausbesuches erwünscht da Patient Begründung

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vom

TT

TTMMJJ

bis

TTMMJJ

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Herrichten der Medikamentenbox

Medikamentengabe

Injektionen

herrichten

intramuskulär

subkutan

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)

bei intensiver Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen

Kompressionsverbände anlegen

stützende und stabilisierende Verbände, Art

rechts

links

beidseits

Kompressionsstrümpfe ausziehen

Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung

Wundart

xxxxx

Lokalisation

xxxxx

aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe)

xxxxx

aktueller Grad

xxxxx

Präparate, Verbandmaterialien

xxxxxxx

Wundversorgung akut

X Wundversorgung chronisch

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Schwerheilende Wunde

Krankenhausvermeidungsfall

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützung bei der Grundpflege nach § 37 (1) SGB V

Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

Grundpflege

hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit

Dauer

tgl.

wtl.

mtl.

vom

bis

Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Häufigkeit und Dauer der Versorgung

Häufigkeit

Dauer (TTMM)

tgl.

wtl.

mtl.

vom

bis

1

3

6

1 Diagnose eintragen

Jeweilige Diagnose im ICD-10-Format eintragen (z. B. L97, L89.9, I70.2).

2 Formulierung 1 ODER 2 wählen

Eine der beiden Formulierungen zur häuslichen Krankenpflege verwenden. Bei Formulierung 2 unbedingt eine Begründung nennen (z. B. Immobilität, kein Pflegedienst vor Ort).

3 Alle mit xxxx markierten Felder ausfüllen

Wundart, Lokalisation, aktuelle Größe und Verbandmaterial vollständig angeben.

4 Wundversorgung chronisch ankreuzen

Bei chronischen Wunden grundsätzlich dieses Feld markieren.

5 Sonstige Maßnahmen formulieren

Formulierung 1 (Schwerheilende Wunde) oder 2 (Krankenhausvermeidungsfall) verwenden.

6 Häufigkeit der Versorgung angeben

Anzahl pro Tag/Woche/Monat sowie Zeitraum (vom/bis) eintragen.

Ausfüllhilfe

für die Verordnung häuslicher Krankenpflege · Rückseite

Name, Vorname des Versicherten: Musterfrau/Mann, Max/line

Kostenträgerkennung:

Versicherten-Nr.:

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom bis

☐ in meinem Haushalt ☐ im Haushalt einer sonstigen Person ☐ in einer Werkstatt für behinderte Menschen

☐ in einer Schule, Kindergarten ☐ in einer Wohngemeinschaft

☐ in einer betreuten Wohnform ☐ in einer sonstigen Einrichtung

Name: Musterfrau/Mann, Max/line

Straße, Haus-Nr: Musterweg 1

PLZ: 23879 Ort: Mölln

☐ Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

☒ Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden

☐ Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Datum: 30.04.26

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters:

Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom bis

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
Wundversorgung chronisch	1	X			

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a Abs. 4 SGB V)

Name des Dienstleistungsbereiters: PNHL Wundzentrum Mölln-Ratzeburg

Straße, Haus-Nr: Wasserkrüger Weg 7

PLZ: 23879 Ort: Mölln

Institutionskennzeichen Pflegedienst: 460123348

Beschäftigtennummer der Pflegefachkraft:

erst (Name):

Telefonnummer des Pflegedienstes: 04542 900-1680 Fax-Nr. des Pflegedienstes: 04542 900-1659

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes: zentrum@wundnetz.org

PNHL Wundzentrum Mölln-Ratzeburg
Wasserkrüger Weg 7
23879 Mölln
IK: 460123348
Tel.: 04542 900-1680
Fax: 04542 900-1659

Datum: 30.04.26

7 Daten des Versicherten

Korrekte Anschrift des Versicherten eintragen — Name, Straße/Nr., PLZ und Ort.

8 Pflegedienst-Daten übernehmen

Bitte die geänderten Daten des Pflegedienstes übernehmen:

NAME
PNHL Wundzentrum Mölln-Ratzeburg

IK-NR.
460123348

TELEFON
04542 900-1680

FAX
04542 900-1659

E-MAIL
zentrum@wundnetz.org

Kontakt PNHL Wundzentrum Mölln-Ratzeburg

TRÄGER
PNHL Wundversorgung GmbH

ANSCHRIFT
Wasserkrüger Weg 7, 23879 Mölln

IK-NR.
460123348

TELEFON
04542 900-1680

FAX
04542 900-1659

E-MAIL
zentrum@wundnetz.org