

# Verordnungsformular

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

## Verordnung für sozialmedizinische Nachsorge- maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V

### Ärztliche Verordnung für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

**KH-Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V seit:**

**(voraussichtlich) bis:**

**Stat. Rehabilitation seit:**

**(voraussichtlich) bis:**

#### Art der verordneten Nachsorgemaßnahmen:

#### Anzahl

Analyse des Unterstützungsbedarfs (max. 3 Einheiten)

ja  \_\_\_\_\_ nein

Koordinierung der verordneten Leistungen

ja  \_\_\_\_\_ nein

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

ja  \_\_\_\_\_ nein

**Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (gesamt):** \_\_\_\_\_

**Im Zeitraum: von** \_\_\_\_\_ **bis 12 Wochen nach Entlassung**

**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.

## A Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt

| Nr. | <b>Funktionsdiagnosen zum geplanten Entlassungszeitpunkt</b><br>Die ICD-10-Diagnose ist zwingend um eine Beschreibung der Schädigungen/ Beeinträchtigungen (= Funktionsdiagnose) zum <b>geplanten Entlassungszeitpunkt</b> zu ergänzen. Die mit der ICD zu verschlüsselnden klinischen Diagnosen sind zur besseren Übersicht durch <u>Unterstreich</u> ung im Text hervorzuheben.<br><i>(Nicht die Diagnose sondern die Krankheitsauswirkungen sind für die sozialmedizinische Beurteilung der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF maßgeblich. Durch die Zuordnung relevanter Funktionsschädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen zu einer Diagnose entsteht eine Funktionsdiagnose.)</i><br><b>Die Verordnung soll im Regelfall nicht früher als 5 Arbeitstage vor der geplanten Entlassung ausgestellt werden.</b> | ICD 10 |  |  |  |  |
|-----|---|--------|--|--|--|--|
| 1.  |   |        |  |  |  |  |
| 2.  |   |        |  |  |  |  |
| 3.  |   |        |  |  |  |  |
| 4.  |   |        |  |  |  |  |
| 5.  |   |        |  |  |  |  |
| 6.  |   |        |  |  |  |  |
| 7.  |   |        |  |  |  |  |

## B Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Reha-Einrichtung

### B.1 Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

| Funktions-<br>diagnose<br>Nr. | Bereits eingeleitete/terminierte<br>Interventionen<br>(z. B. Beatmung/Monitoring, HKP, Ernährungstherapie,<br>Pflegeleistungen nach SGB XI, Heil-/Hilfsmittel) | Art der SMN              |                          | Keine externe<br>Unterstützung<br>erforderlich |
|-------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
|                               |  | Koordination             | Anleitung/<br>Motivation |  |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |

### B.2 Noch einzuleitende/terminierende Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

| Funktions-<br>diagnose<br>Nr. | Noch einzuleitende/terminierende<br>Intervention<br>(z. B. Heil-/Hilfsmittel, Ernährungstherapie, HKP,<br>Beatmung/Monitoring, Pflegeleistungen nach SGB XI) | Art der SMN              |                          | Keine externe<br>Unterstützung<br>erforderlich |
|-------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
|                               |  | Koordination             | Anleitung/<br>Motivation |  |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |
|                               |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |

## C Kontextfaktoren

Welche **Kontextfaktoren** lassen eine familiäre Überforderung annehmen?

| <b>Relevante Kontextfaktoren (bitte erläutern)</b>  |
|---|
| (z. B. erschwerte Erreichbarkeit, fehlende Unterstützung durch Bezugspersonen, soziokulturelle Barrieren) |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des verordnenden Arztes

## Antrag

**Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen werden beantragt und sollen durch den folgenden Leistungserbringer erbracht werden**

Name und Anschrift der Einrichtung:

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des(r) Erziehungsberechtigten

(Hinweis: Minderjährige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können den Antrag selbst unterzeichnen)

### Erklärung der Krankenkasse zur Kostenübernahme bzw. -beteiligung

Die Krankenkasse trägt die Kosten der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen entsprechend der bestehenden Vereinbarung innerhalb von \_\_\_\_\_ Wochen für insgesamt \_\_\_\_\_ sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten

für die Leistungen:

Analyse des Unterstützungsbedarfs ja  nein  Anzahl\* \_\_\_\_\_

Koordinierung der verordneten Leistungen ja  nein  Anzahl\* \_\_\_\_\_

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen ja  nein  Anzahl\* \_\_\_\_\_

\*Angabe zur Anzahl  
der verordneten Lei-  
stungen nur bei diffe-  
renzierten Vergütungs-  
sätzen erforderlich

durch folgenden 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.