

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

24. Änderung
der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-
Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken
für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014
(Anlage 2a BMV-Ä)

Artikel 1

1. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 62 A eingefügt:

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
„Muster 62Aa/E	<i>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</i>	<i>Ausfertigung für die Krankenkasse</i>	<i>Ja</i>	<i>1</i>
<i>Muster 62Ab/E</i>	<i>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</i>	<i>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</i>	<i>Nein</i>	<i>0</i>
<i>Muster 62Ac/E</i>	<i>Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</i>	<i>Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt</i>	<i>Nein</i>	<i>0“</i>

2. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 62 B eingefügt:

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
„Muster 62Ba1/E	<i>Verordnung außerklinische Intensivpflege</i>	<i>Ausfertigung für die Krankenkasse</i>	<i>Ja</i>	<i>1</i>
<i>Muster 62Ba2/E</i>	<i>Verordnung außerklinische Intensivpflege</i>	<i>Ausfertigung für die Krankenkasse</i>	<i>Nein</i>	<i>0</i>
<i>Muster 62Bb/E</i>	<i>Verordnung außerklinische Intensivpflege</i>	<i>Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132l</i>	<i>Nein</i>	<i>0</i>
<i>Muster 62Bc/E</i>	<i>Verordnung außerklinische Intensivpflege</i>	<i>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</i>	<i>Nein</i>	<i>0“</i>

3. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 62 C eingefügt:

Nr.	Formularname	Bemerkungen	Bfb-version	Barcode-Typ
„Muster 62Ca/E	Behandlungsplan	Ausfertigung für die Krankenkasse	Nein	0
Muster 62Cb/E	Behandlungsplan	Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I	Nein	0
Muster 62Cc/E	Behandlungsplan	Ausfertigung für den verordnenden Arzt	Nein	0“

4. Die Nummern 2.62A bis 2.62A.9 werden neu eingefügt:

„2.62A Muster 62A/E:

*Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA
(Stand: 01.2023)*

2.62A.1 *Für die Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- und Dekanülierungspotenzials sind die Muster 62Aa/E bis 62Ac/E gemäß der in Kapitel 2.62A.7 bis 2.62A.9 abgebildeten Form zu verwenden.*

2.62A.2 *Das Muster 62A/E besteht aus drei Formularen:*

Muster 62Aa/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Ab/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Muster 62Ac/E: Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt.

2.62A.3 *Die Formulare 62Aa/E bis 62Ac/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.*

2.62A.4 Das Muster 62Aa/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.62A.5 unbesetzt

2.62A.6 unbesetzt

2.62A.7 Muster 62Aa/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62A</div> <h3 style="margin-top: 0;">Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</h3> <p style="margin-top: 10px;">Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <hr/> <hr/> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
<div style="background-color: #333; color: white; padding: 5px; border-radius: 5px; font-weight: bold;">Ergebnis der Erhebung</div> <p style="margin-top: 10px;">Potenzial liegt vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial kann perspektivisch vorliegen <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung erforderliche vorbereitende Maßnahmen (<i>bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie</i>)</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial liegt nicht vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung Begründung</p> <hr/> <p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (<i>ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung</i>) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p>													
<p>Weitere Erläuterungen</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am _____</p> <p>Erneute Erhebung geplant am _____</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</p> </div>												
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold;">Ausfertigung für die Krankenkasse</div> <div style="margin-left: 20px; font-size: 0.8em;"> <p>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF-NR. Muster 62Aa/E (1.2023)</p> </div>													

Original: DIN A 4 hoch

2.62A.8 Muster 62Ab/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62A</div> <h3 style="margin-top: 0;">Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</h3> <p style="margin-top: 10px;">Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <hr/> <hr/> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<div style="background-color: #333; color: white; padding: 5px; border-radius: 5px; font-weight: bold;">Ergebnis der Erhebung</div> <p>Potenzial liegt vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial kann perspektivisch vorliegen <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung erforderliche vorbereitende Maßnahmen (<i>bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie</i>)</p> <hr/> <hr/> <p>Potenzial liegt nicht vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung Begründung</p> <hr/> <p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (<i>ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung</i>) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p> <p>Weitere Erläuterungen</p> <hr/> <hr/> <hr/>																
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; font-weight: bold;">Ausfertigung für den verordnenden Arzt</div> <div style="margin-left: 20px; margin-top: 10px;"> <p>Ergebnis der Erhebung festgestellt am _____</p> <p>Erneute Erhebung geplant am _____</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: 100px; margin-top: 10px; position: relative;"> <div style="position: absolute; bottom: 5px; right: 5px; font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift</div> </div>																
<div style="text-align: right; font-size: 0.8em;">PRF-NR. Muster 62Ab/E (1.2023)</div>																

Original DIN A 4 hoch

2.62A.9 Muster 62Ac/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">62A</div> <h3 style="margin-top: 0;">Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA</h3> <p>Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung (z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <div style="background-color: #333; color: white; padding: 5px; border-radius: 5px; font-weight: bold;">Ergebnis der Erhebung</div> <p>Potenzial liegt vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Potenzial kann perspektivisch vorliegen <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>erforderliche vorbereitende Maßnahmen (<i>bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie</i>)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Potenzial liegt nicht vor <input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung <input type="checkbox"/> zur Dekanülierung</p> <p>Begründung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Maßnahmen der Therapieoptimierung (<i>ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung</i>) sowie weitere Hinweise zum klinischen Status</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.</p> <p>Weitere Erläuterungen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt</div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Ergebnis der Erhebung festgestellt am</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Erneute Erhebung geplant am</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-top: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 0.7em;"> Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift </div> <p style="font-size: 0.6em; margin-top: 5px;">PRF-NR. Muster 62Ac/E (1.2023)</p>		Ergebnis der Erhebung festgestellt am		Erneute Erhebung geplant am											
	Ergebnis der Erhebung festgestellt am															
	Erneute Erhebung geplant am															

Original DIN A 4 hoch“

5. Die Nummern 2.62B bis 2.62B.11 werden neu eingefügt:

*„2.62B Muster 62B/E: Verordnung außerklinische Intensivpflege
(Stand: 01.2023)*

2.62B.1 Für die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege sind die Muster 62Ba.1/E bis 62Bc/E gemäß der in Kapitel 2.62B.8 bis 2.62B.11 abgebildeten Form zu verwenden.

2.62B.2 Das Muster 62B/E besteht aus vier Formularen:

Muster 62Ba.1/E und Muster 62Ba.2/E:

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Bb/E: Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

Muster 62Bc/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt.

2.62B.3 Die Formulare 62Ba.1/E bis 62Bc/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.

2.62B.4 Für die Muster 62Ba.1 und 62Ba.2 darf die Duplexbedruckung genutzt werden.

2.62B.5 Das Muster 62Ba.1/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.62B.6 unbesetzt

2.62B.7 unbesetzt

2.62B.8 Muster 62Ba.1/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62B</div> <p>Verordnung außerklinischer Intensivpflege</p> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p>_____</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) <input type="checkbox"/> Unfall</p>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
I. Klinischer Status																															
<input type="checkbox"/> Beatmung, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Beatmungsform</th> <th style="text-align: left;">Beatmungsdauer</th> <th style="text-align: left;">Spontanatmungszeit</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> </tr> </table>	Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																						
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																													
<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag																													
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																													
<input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Trachealkanüle</th> <th style="text-align: left;">Entblockungszeiten</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Trachealkanüle	Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																											
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																														
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																														
<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten																															
<input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen , Art und Häufigkeit _____																															
<input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung , Art _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="text-align: left;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="text-align: left;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="text-align: left;">Mobilität vorhanden</th> <th style="text-align: left;">Orale Ernährung</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Ort</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Zeit</td> <td><input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> Person</td> <td><input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig</td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Situation</td> <td><input type="checkbox"/> immobil</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise			<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil				<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																											
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein																											
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja																											
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise																											
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil																												
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden																													
II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI _____ Stunden je Tag																															
III. Weitere Hinweise																															
<input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.																															
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität <input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht																															
Weitere Erläuterungen _____																															
Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt _____																															
Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung) _____																															
Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes																															
Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)																															

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF-NR.
Muster 62Ba.1/E (1.2023)

Original: DIN A 4 hoch

2.62B.9 Muster 62Ba.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom _____ bis _____

<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/> im Haushalt einer sonstigen Person	<input type="checkbox"/> in einer Werkstatt für behinderte Menschen
<input type="checkbox"/> in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> in einer Schule, Kindergarten	<input type="checkbox"/> in einer Wohneinheit
	<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	<input type="checkbox"/> in einer sonstigen Einrichtung

Leistungsort

Name des Leistungortes
Straße, Haus-Nr
PLZ Ort

Wird von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum die Übernahme von Leistungen angestrebt?

Ja, es wird die Übernahme folgender Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt:

Nein, es wird keine Übernahme von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege durch An- und Zugehörige angestrebt.

An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige

Name
Straße, Haus-Nr
PLZ Ort

Datum

Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in

Name
Straße, Haus-Nr
PLZ Ort
Telefonnummer <small>(freiwillige Angabe)</small>

Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Leistungserbringers nach § 132l Abs. 5 SGB V (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Die außerklinische Intensivpflege wird täglich in der Zeit

von _____ bis _____ im Umfang von _____ Stunden erbracht.

Die außerklinische Intensivpflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Leistungserbringer (§ 132l Abs. 5 SGB V)

Name
Straße, Haus-Nr
PLZ Ort
Institutionskennzeichen
Ansprechpartner (Name)
Telefonnummer Fax-Nr.
E-Mail-Adresse

Datum

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

PRF.NR.
Muster 62Ba.2/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

2.62B.10 Muster 62Bb/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62B</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung außerklinischer Intensivpflege</h3> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p>_____</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) <input type="checkbox"/> Unfall</p>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
I. Klinischer Status																															
<input type="checkbox"/> Beatmung, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Beatmungsform</th> <th>Beatmungsdauer</th> <th>Spontanatmungszeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> </tr> </tbody> </table>	Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																						
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																													
<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag																													
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																													
<input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Trachealkanüle</th> <th>Entblockungszeiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Trachealkanüle	Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																											
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																														
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																														
<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten																															
<input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen , Art und Häufigkeit _____																															
<input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung , Art _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Mitwirkung bei AKI</th> <th>Kommunikation Verständigung</th> <th>Orientierung vorhanden, zu</th> <th>Mobilität vorhanden</th> <th>Orale Ernährung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Ort</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Zeit</td> <td><input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> Person</td> <td><input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig</td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Situation</td> <td><input type="checkbox"/> immobil</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise			<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil				<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																											
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein																											
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja																											
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise																											
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil																												
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden																													
II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI _____ Stunden je Tag																															
III. Weitere Hinweise																															
<input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.																															
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität																															
<input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht																															
Weitere Erläuterungen _____																															
Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt																															
Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung) _____																															
Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I	<small>Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes</small>																														

PRF-NR.
Muster 62Bb/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

2.62B.11 Muster 62Bc/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62B</div> <h3 style="text-align: center;">Verordnung außerklinischer Intensivpflege</h3> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)</p> <p>_____</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) <input type="checkbox"/> Unfall</p>															
Krankenkasse bzw. Kostenträger																															
Name, Vorname des Versicherten																															
		geb. am																													
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																													
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																													
I. Klinischer Status																															
<input type="checkbox"/> Beatmung, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Beatmungsform</th> <th style="text-align: left;">Beatmungsdauer</th> <th style="text-align: left;">Spontanatmungszeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> invasiv</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> <td>_____ Stunden pro Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> <td>_____ Stunden pro Nacht</td> </tr> </tbody> </table>	Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																						
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																													
<input type="checkbox"/> invasiv	_____ Stunden pro Tag	_____ Stunden pro Tag																													
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Stunden pro Nacht	_____ Stunden pro Nacht																													
<input type="checkbox"/> Tracheostoma, seit _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Trachealkanüle</th> <th style="text-align: left;">Entblockungszeiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Trachealkanüle	Entblockungszeiten	<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																											
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																														
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____																														
<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ <input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten <input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten																															
<input type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen , Art und Häufigkeit _____																															
<input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörung , Art _____																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="text-align: left;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="text-align: left;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="text-align: left;">Mobilität vorhanden</th> <th style="text-align: left;">Orale Ernährung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Ort</td> <td><input type="checkbox"/> uneingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> eingeschränkt</td> <td><input type="checkbox"/> Zeit</td> <td><input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> <td><input type="checkbox"/> Person</td> <td><input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig</td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Situation</td> <td><input type="checkbox"/> immobil</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nicht vorhanden</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise			<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil				<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																											
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein																											
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja																											
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise																											
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil																												
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden																													
II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI _____ Stunden je Tag																															
III. Weitere Hinweise																															
<input type="checkbox"/> Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.																															
Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität <input type="checkbox"/> sind weiterhin angezeigt <input type="checkbox"/> sind nicht mehr angezeigt <input type="checkbox"/> werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht																															
Weitere Erläuterungen _____																															
Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt _____																															
Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung) _____																															
Ausfertigung für den verordnenden Arzt	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-bottom: 5px;"></div> <small>Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes</small>																														
PRF-NR. Muster 62Bc/E (1.2023)																															

Original DIN A 4 hoch“

6. Die Nummern 2.62C bis 2.62A.9 werden neu eingefügt:

„2.62C *Muster 62C/E: Behandlungsplan*
(Stand: 01.2023)

2.62C.1 *Für den Behandlungsplan sind die Muster 62Ca/E bis 62Cc/E gemäß der in Kapitel 2.62C.6 bis 2.62C.8 abgebildeten Form zu verwenden.*

2.62C.2 *Das Muster 62C/E besteht aus drei Formularen:*

Muster 62Ca/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Cb/E: Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

Muster 62Cc/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt.

2.62C.3 *Die Formulare 62Ca/E bis 62Cc/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.*

2.62C.4 *unbesetzt*

2.62C.5 *unbesetzt*

2.62A.6 Muster 62Ca/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62C</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteeinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin _____

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

PRF.NR. Muster 62Ca/E (1.2023)

Original: DIN A 4 hoch

2.62A.7 Muster 62Cb/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am _____</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am _____			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62C</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am _____																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteeinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin _____

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

PRF.NR. Muster 62Cb/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch

2.62A.8 Muster 62Cc/E

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am _____</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten			geb. am _____			Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">62C</div> <h3 style="text-align: center;">Behandlungsplan</h3> <p style="text-align: center;">Bedarfsmedikamente für AKI</p> <hr/> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <hr/> <hr/>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
geb. am _____																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteeinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin _____

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

PRF-NR. Muster 62Cc/E (1.2023)

Original DIN A 4 hoch“

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2023 in Kraft.

Berlin, den 28.06.2022

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin