



Aktenzeichen: _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname des Kindes		Geb. am	
Verordnung für sozialmedizinische Nachsorge- maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V			
			Kassen-Nr.
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum

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:

Analyse des Unterstützungsbedarfs (max. 3 Einheiten)

ja _____ nein
Anzahl

Koordinierung der verordneten Leistungen

ja _____ nein
Anzahl

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

ja _____ nein
Anzahl

Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (gesamt): _____

Im Zeitraum: von _____ **bis 12 Wochen nach Entlassung**

Tag, Monat, Jahr

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.



Aktenzeichen: _____

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



Aktenzeichen: _____

B. Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Reha-Einrichtung				
B1. Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)				
Funktions- diagnose Nr.	Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (z.B. Beatmung/Monitoring, HKP, Ernährungstherapie, Pflegeleistungen nach SGB XI, Heil/Hilfsmittel)	<u>Art der SMN</u>		Keine externe Unterstützung erforderlich
		Koordination	Anleitung/ 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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2. Noch einzuleitende/terminierte Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)				
Funktions- diagnose Nr.	Noch einzuleitende/terminierte Interventionen (z.B. Heil/Hilfsmittel, Ernährungstherapie, HKP, Beatmung/Monitoring, Pflegeleistungen nach SGB XI)	<u>Art der SMN</u>		Keine externe Unterstützung erforderlich
		Koordination	Anleitung/ 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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Aktenzeichen: _____

C. Kontextfaktoren
Welche Kontextfaktoren lassen eine familiäre Überforderung annehmen
Relevante Kontextfaktoren (bitte erläutern) (z.B. erschwerte Erreichbarkeit, fehlende Unterstützung durch Bezugspersonen, soziokulturelle Barrieren)

Datum

Stempel und Unterschrift des verordnenden Arztes

Antrag

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen werden beantragt und sollen bei dem 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)



Aktenzeichen: _____

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 Versorgungsbedarfs/Vorbereitung

ja nein _____
Anzahl*

Koordinierung der verordneten Leistungen

ja nein _____
Anzahl*

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

ja nein _____
Anzahl*

* Angaben zu Anzahl der verordneten Leistungen nur bei differenzierten Vergütungssätzen

bei folgendem 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.