

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Hessen		
Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Max Walter-Leiske-Straße 18 60320 Frankfurt am Main		
		geb. am. 22.07.1931
Kostenträgerkennung 5313145	Versicherten-Nr. X232323	Status 51
Betriebsstätten-Nr. 11125236	Arzt-Nr. 222222222	Datum 15.11.2023

Verordnung außerklinische Intensivpflege

62B

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

E66.

vom **15.11.2023** bis **29.11.2023**

Voraussichtlicher Entlassungstermin _____

- Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß §10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie
 Unfall

I. Klinischer Status

Beatmung, seit 01.11.23

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input checked="" type="checkbox"/> invasiv	<u>12</u> Std. pro Tag	_____ Std. pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	_____ Std. pro Tag	_____ Std. pro Tag

Tracheostoma, seit _____

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	_____

Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche Tgl. Absaugfrequenz _____ zu regelmäßigen Zeiten
 zu unregelmäßigen Zeiten

Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____

Bewusstseinsstörung, Art _____

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Bis an die Bettkante <input type="checkbox"/> stehfähig <input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Nackengriff <input type="checkbox"/> Schürzengriff <input type="checkbox"/> Faustschluss <input type="checkbox"/> Pinzettengriff	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise

II. Erforderliche Leistungen der AKI **15** Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlicher Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zur Grunde liegende Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebung nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

sind weiterhin angezeigt
 sind nicht mehr angezeigt
 werden durch Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierten Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Vorschlag für den Arzt