

Anlage 1 - Änderungsantrag nach § 37 Abs. 8 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Geb. am		
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
IK Pflegedienst	Beschäftigtennummer	Datum

Verordnungsdatum

Genehmigungskennzeichen der Krankenkasse

Arztnummer

Betriebsstättennummer

Genehmigte Maßnahmen	Abweichende Dauer (TTMMJJ)		Abweichende Häufigkeit		
	von	bis	täglich	wöchentlich	monatlich
☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen					
☐ Kompressionsverband anlegen ☐ Kompressionsverband abnehmen					
☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art: _____					
☐ Wundversorgung akut					
☐ Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung					
☐ Sonstige Behandlungspflege _____					
☐ Differenzierung zw. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung _____					

Begründung für die Änderung/en

Datum	Stempel und Unterschrift Pflegefachkraft nach § 2a Abs. 1 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V	Datum	Unterschrift Versicherte(r)
-------	--	-------	-----------------------------