


Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname des Kindes Geb. am		Verordnung für sozialmedizinische Nachsorge- maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V	
		 FAZIT Sozialmedizinische Nachsorge Bühlstraße 21, 37073 Göttingen Tel.: 0551 5313772 Fax: 0551 42633 E-Mail: info@fazit-goettingen.de Internet: www.fazit-goettingen.de IK-Nr. 500 314 032	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status
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:** _____

Leistungsbegründende Diagnose (ICD-10-Schlüssel): _____

Nebendiagnosen: _____

Operationen (Datum und Art): _____

Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (mind. 6): _____

Im Zeitraum: von _____ bis _____

Art der verordneten Nachsorgemaßnahmen:

Analyse des Versorgungsbedarfs / Vorbereitung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Koordinierung der verordneten Leistungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

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.

Ausprägung von Schädigungen der Körperfunktionen und zugehörigen Interventionen

(zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt bzw. der Antragstellung durch den Vertragsarzt)

	ausgeprägt	mäßig	geringfügig		Physiotherapie	fazio-orale Therapie	Beatmung	Monitoring	parenterale Medikation	parenterale Ernährung	implantierte Pumpen	Sonden	Sauerstofftherapie	externe Pumpen	Katheter	Lagerungshilfen	Mobilitätshilfen	psychologische Therapie	HKP	Ergotherapie	Logopädie	Leistungen nach SGB XI	
Mentale Funktion																							
Bewusstsein*																							
Antrieb/Motivation																							
Schlafen																							
Aufmerksamkeit																							
Psychomotorische/ emotionale Funktion																							
Wahrnehmung																							
Sinnesfunktion/Schmerz																							
Sehvermögen																							
Hörvermögen																							
Schmerzempfindung																							
Stimm-/Sprechfunktion																							
Funktionen des Herz-, Kreislauf-, Immun- und Atemungssystems																							
Herz-/Kreislauffunktion*																							
Immunsystem**																							
Atemungssystem**																							
Funktionen des Verdauungssystems																							
Nahrungsaufnahme*																							
Defäkationsfunktion																							
Funktion des Urogenitalsystems																							
Miktionsfunktion																							
Sexuelle Funktionen																							
Bewegungsbezogene Funktion																							
Funktionen der Bewegung																							
Muskelkraft/Muskeltonus																							

Anmerkungen: _____

* Kombination von mindestens 2 der grau hinterlegten Interventionen

** Die grau hinterlegte Intervention ist obligat.

Schweregrad der beeinträchtigten Aktivitäten/Teilhabe und zugehörige Interventionen

(zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt bzw. der Antragstellung durch den Vertragsarzt)

	eingeschränkt	personelle Hilfe nötig	vollständige Hilfebedürftigkeit		Physiotherapie	Katheter	Lagerungshilfen	Mobilitätshilfen	psychologische Therapie	HKP	Ergotherapie	Logopädie	Leistungen nach SGB XI
Kommunikation													
Mobilität													
Körperposition ändern													
krabbeln													
gehen/laufen													
Selbstversorgung													
sich waschen/kämmen													
Toilette benutzen													
sich an-/ausziehen													
essen/trinken													
Häusliches Leben													
Mahlzeiten zubereiten													
Haushaltsaufgaben übernehmen													
Interpersonelle Interaktionen/Beziehungen													
Beziehung aufnehmen/aufrechterhalten													
Familienbeziehungen													
intime Beziehungen													
Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen													
Bedeutende Lebensbereiche													
Krippen-/Kindergartenbesuch													
Schulbesuch													
Arbeit/Beschäftigung													
Sonstiges													
⇒													
⇒													

Sind die notwendigen Interventionen am Wohnort nur unter erschwerten Bedingungen zugänglich?

ja

nein

Ist eine familiäre Überforderung mit der Versorgungsaufgabe zu erwarten?

ja

nein

Ist die Koordination der Leistungen sehr zeitintensiv?

ja

nein

Ist eine Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der Leistungen erforderlich? ja nein

Ist eine Verkürzung des stationären Krankenhausaufenthaltes oder der stationären Rehabilitation durch die Inanspruchnahme der Leistung möglich? ja nein

Welche Probleme ergeben sich voraussichtlich bei der Sicherstellung der häuslichen Versorgung?

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

*FAZIT - Sozialmedizinische Nachsorge
Bühlstraße 21, 37073 Göttingen
Tel.: 0551 5313772, Fax: 0551 42633
IK-Nr. 500 314 032*

Datum

Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten

Erklärung der Krankenkasse zur Kostenübernahme bzw. -beteiligung

Die Krankenkasse trägt die Kosten der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen in Höhe von

_____ € pro Nachsorgeeinheit innerhalb von _____ Wochen

für insgesamt _____ sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten

für die Leistungen:

Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung ja nein

Koordinierung der verordneten Leistungen ja nein

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen ja nein

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 der Krankenkasse weiter besteht.