

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Kindes		Geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung für sozialmedizinische Nachsorge- maßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V



DRK-Schwesterndienst
Georg-Augusta e.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

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:

	<i>Anzahl</i>	
Analyse des Unterstützungsbedarfs (max. 3 Einheiten)	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein
Koordinierung der verordneten Leistungen	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein
Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein

Anzahl der verordneten Nachsorgeeinheiten (gesamt): _____

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

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.

A Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt

Nr.	Funktionsdiagnosen 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 Funktionsschädigungen sowie Aktivitäts- 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.						

Name, Vorname des Kindes: _____

B Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus / Reha-Einrichtung

B.1 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)	Art der SMN		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"/>

B.2 Noch einzuleitende/terminierende Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

Funktions- diagnose Nr.	Noch einzuleitende/terminierende Interventionen (z. B. Heil-/Hilfsmittel, Ernährungstherapie, HKP, Beatmung/Monitoring, Pflegeleistungen nach SGB XI)	Art der SMN		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"/>

Name, Vorname des Kindes: _____

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 verordneten Arztes

Antrag

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen werden beantragt und sollen durch den folgenden Leistungserbringer erbracht werden

Name und Anschrift der Einrichtung:

FAZIT

*Sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung der
DRK-Schwesternschaft Georgia-Augusta e. V.
Bühlstraße 21
37073 Göttingen*

*Telefon: 0551 5313772
Telefax: 0551 42633
IK-Nr. 500 314 032*

Datum

Unterschrift des(r) Erziehungsberechtigten
(Hinweis: Minderjährige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben,
können den Antrag selbst unterzeichnen)

Name, Vorname des Kindes: _____

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 Unterstützungsbedarfs ja nein Anzahl*: _____

Koordinierung der verordneten Leistungen ja nein Anzahl*: _____

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen ja nein Anzahl*: _____

* Angabe der Anzahl der verordneten Leistungen nur bei differenzierten Vergütungssätzen erforderlich

durch den folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift der Einrichtung:

FAZIT

Sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung der
DRK-Schwesternschaft Georgia-Augusta e. V.
Bühlstraße 21
37073 Göttingen
Telefon: 0551 5313772, Telefax: 0551 42633
IK-Nr. 500 314 032

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.

Name, Vorname des Kindes: _____