



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

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

Geschäftsstelle  
Krefelder Str. 225  
52070 Aachen

Tel.: 0241/ 89 46 44 00  
Fax: 0241/ 89 46 44 09

info@bunterkreis-aachen.de

**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:**

**Anzahl**

- Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung (max. 3 Einheiten) ja  \_\_\_\_\_ nein
- Koordinierung der verordneten Leistungen ja  \_\_\_\_\_ nein
- Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen ja  \_\_\_\_\_ 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.	<b>Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt</b> Es wird um Angabe der Funktionsdiagnose und Beschreibung der aktuellen Schädigungen/Beeinträchtigungen <b>zum Entlassungszeitpunkt</b> gebeten. Die mit der ICD zu verschlüsselnden klinischen Diagnosen sind zur besseren Übersicht durch Unterstreichung 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>	ICD 10		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

## B Interventionen nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Reha-Einrichtung

### B.1 Bereits eingeleitete/terminierte Interventionen (bezogen auf die bei Pkt. A genannten Funktionsdiagnosen)

Funktionsdiagnose 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"/>

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

Funktionsdiagnose Nr.	Nocheinzuleitende/terminierende Intervention (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"/>

## 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 durch den folgenden Leistungserbringer erbracht werden**

Name und Anschrift der Einrichtung:

**BUNTER KREIS in der Region Aachen e. V.**

Krefelder Str. 225

52070 Aachen

---

Datum

---

Unterschrift des(r) Erziehungsberechtigten

**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\* \_\_\_\_\_

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

durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift der Einrichtung:

**BUNTER KREIS in der Region Aachen e. V.**

Krefelder Str. 225  
52070 Aachen

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.