

**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

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.	Funktionsdiagnosen zum Entlassungszeitpunkt Es wird um Angabe der Funktionsdiagnose und Beschreibung der aktuellen Schädigungen/Beeinträchtigungen zum Entlassungszeitpunkt 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.	Noch einzuleitende/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.