

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

Behandlungsplan

62C

Bedarfsmedikamente für AKI

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller <input type="text"/> Innendurchmesser in mm <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> Medikament/Substanz <input type="text"/>

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow <input type="text"/> /min Dauer h/tgl. <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> /min Dauer h/tgl. <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> /min Dauer h/tgl. <input type="text"/>

Spezielle Hygienemaßnahmen

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungsplanung (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Behandlungsplan

62C

Bedarfsmedikamente für AKI

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI

Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie		Trachealkanüle		Befeuchtung	
<input type="checkbox"/> dilatativ	<input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____, _____	<input type="checkbox"/> passiv	<input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät			Inhalationsgerät		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung		unter Spontanatmung		Mobilität	
Flow _____ l/min	Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min	Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min	Dauer h/tgl. _____

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungsplanung (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

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

Behandlungsplan

62C

Bedarfsmedikamente für AKI

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung nein ja, folgender Keim _____

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI

Logopädie Physiotherapie Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie		Trachealkanüle		Befeuchtung	
<input type="checkbox"/> dilatativ	<input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____	Innendurchmesser in mm _____, _____	<input type="checkbox"/> passiv	<input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

Absauggerät			Inhalationsgerät		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag _____
Medikament/Substanz _____					

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteinstellungen

Sauerstoffinsufflation ja nein Notfallversorgung

mit Beatmung		unter Spontanatmung		Mobilität	
Flow _____ l/min	Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min	Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min	Dauer h/tgl. _____

Spezielle Hygienemaßnahmen _____

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt