Anlage 1 - Änderungsantrag nach § 37 Abs. 8 SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten Geb. am		
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
IK Pflegedienst	Beschäftigtennummer	Datum

Verordnungsdatum

Genehmigungskennzeichen der Krankenkasse

Arztnummer

Betriebsstättennummer

Genehmigte Maßnahmen	Abweichende Dauer (TTMMJJ)		Abweichende Häufigkeit		
	von	bis	täglich	wöchentlich	monatlich
☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen					
☐ Kompressionsverband anlegen ☐ Kompressionsverband abnehmen					
☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art:					
☐ Wundversorgung akut					
☐ Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung					
☐ Sonstige Behandlungspflege					
☐ Differenzierung zw. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung					

Begründung für die Änderung/en

Datum

Stempel und Unterschrift Pflegefachkraft
nach § 2a Abs. 1 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V

Datum

Unterschrift Versicherte(r)