

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 | | Abweichende Häufigkeit | | |
| | von TT.MM.JJ | bis TT.MM.JJ | tgl. | wtl. | mtl. |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsverband anlegen | <input type="checkbox"/> Kompressionsverband abnehmen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Wundversorgung akut | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Behandlungspflege | | | | | |
| ----- | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Differenzierung zw. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung | | | | | |
| ----- | | | | | |

Begründung für die Änderung/en

| |
|--|
| |
| |