

DZH.

Mein persönliches Abrechnungshaus

Leitfaden – Verordnungen der häuslichen Krankenpflege



Damit Ihre Abrechnung von Pflegeleistungen reibungslos durchgeführt werden kann, benötigen wir von Ihnen einige Daten und Unterlagen. Mit diesem Wegweiser möchten wir Ihnen eine Hilfe an die Hand geben, damit der Abrechnungsprozess für alle Beteiligten schnell und unkompliziert vollzogen werden kann. Achten Sie bitte in Ihrem eigenen Interesse auf korrekt und lückenlos ausgefüllte Verordnungen bzw. Genehmigungen, damit das Risiko von Rückläufern minimiert werden kann.

Zur Erstellung einer ordnungsgemäßen Abrechnung benötigen wir von Ihnen folgende Daten:

■ Stammdaten des Leistungserbringers

Name, Anschrift des Pflegedienstes, Institutionskennzeichen

■ Stammdaten der Versicherten bzw. pflegebedürftigen Patienten

Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenversicherten-Nr., Pflegestufe, Beihilfeberechtigung, betreutes Wohnen, zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI (eine Muster-Abtretungserklärung kann bei der DZH angefordert werden), Privat- oder Sozialamtsanteile für Überschüsse, bei Privatabrechnungen ist zusätzlich eine Einwilligungserklärung einzureichen.

■ Stammdaten des Kostenträgers

Name des Kostenträgers, Kassennummer, ggf. Aktenzeichen bei Sozialämtern

■ Stamm- und Bewegungsdaten des Abrechnungsfalles SGB V oder SGB XI

Versicherten- bzw. Patientendaten, Leistungszeitraum, Leistungsbereich, Uhrzeiten des Einsatzes, Anzahl der Leistungen, Positionsnummern für Leistungen gemäß Vertrag oder bundeseinheitlichem Positionsnummern-Verzeichnis

- Datum und Handzeichen des Pflegepersonals
- Datum und Unterschrift des Patienten
- Datum und Unterschrift und Stempel des Arztes
- Datum und Unterschrift und Stempel des Pflegedienstes

Pflichtangaben für die Abrechnung

Bitte teilen Sie uns diese Daten auf Ihrem Leistungsnachweis oder gesondert mit. Ein entsprechendes Patientenstammdatenblatt erhalten Sie auf Anfrage. Bitte denken Sie daran, uns Veränderungen, z. B. Pflegestufenerhöhungen, kenntlich zu machen!

- 1 Name Versicherte/-r
- 2 Vollständige Adresse Versicherte/-r
- 3 Geburtsdatum Versicherte/-r
- 4 Krankenversicherungsnummer und Status Versicherte/-r
- 5 Name Krankenkasse bzw. Kostenträger
- 6 Kassen-Nr.
- 7 Betriebsstätten- und Arztnummer (nicht erforderlich bei SGB XI)
- 8 Verordnungsdatum
- 9 Vertragsarztstempel und Unterschrift des Arztes
- 10 Zeitraum oder Dauer der Genehmigung
- 11 Maßnahmen bzw. Leistungen, ggf. mit DTA-Positionsnummern
- 12 Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen
- 13 Genehmigungsnummer oder Genehmigungskennzeichen

Folgende Belege benötigen wir zusätzlich für die Abrechnung mit den Kostenträgern

SGB V: Die Verordnung häuslicher Krankenpflege Muster 12a (Kopie) oder 12b

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe-12.03.2006** **Verordnung häuslicher Krankenpflege** **12**

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann.

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordneten Maßnahmen übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung Folgeverordnung

vom []/[]/[] bis []/[]/[] Unfall Unfallsfolgen

Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen: _____
Verordnungsrelevante Diagnose(n) _____
Besonderheiten & Verzeichnis: _____

Häusliche Krankenpflege erfolgt: statt Krankenhausbehandlung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

Folgende Maßnahmen sind notwendig (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

Behandlungspflege:

Anleitung zur Behandlungspflege folgende Leistungen Anzahl/Einsätze

| | Häufigkeit x tgl. / x wö. | Dauer vom bis |
|--|------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutzuckermessung | | |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung | | |

Lokalisation/Grad/Größe: _____

Injektionen: herichtlich l.m. s.c.

Medikamentengabe: herichtlich verabreichen

Präparate: _____
 (auch bei Injektionen): _____

Verbinden:

Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbinden _____
 Anlegen von Kompressionsverbinden _____
 Anlegen und Wechseln von Wundverbinden _____

Lokalisation / Wundbefund: _____

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer): _____

Grundpflege:

Anleitung zur Grundpflege folgende Leistungen Anzahl/Einsätze

| | Häufigkeit x tgl. / x wö. | Dauer vom bis |
|---|------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training) | | |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | | |
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | | |

Hauswirtschaftliche Versorgung: _____

Verbindliches Muster

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes _____
 Ausfertigung für die Krankenkasse _____

Muster 12a (2006)

und das Genehmigungsformular

Genehmigung der Krankenkasse

Als häusliche Krankenpflege werden nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung die Kosten vom _____ bis _____ übernommen.

in folgendem Umfang die Kosten vom _____ bis _____ übernommen:

| Maßnahmen | Häufigkeit | Dauer |
|-----------|------------|-------|
| | | |

Bemerkungen / Hinweise:

Die Original-Genehmigung (Teil 12c) ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die häusliche Krankenpflege über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist

- vom Vertragsarzt die Folgeverordnung **in den letzten 3 Werktagen vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums auszustellen und
- **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums der Antrag einschließlich der erneuten Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12) bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

Name, Vorname des Versicherten _____ Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort _____

Versicherten-Nr. _____ geb. am _____

Freigabe-12.03.2006

Verbindliches Muster

Datum _____ Unterschrift _____ Stempel der Krankenkasse _____

oder das Genehmigungsschreiben

AOK Die Gesundheitskasse

AOK **Freiburger Gesundheitskasse**
 Die Gesundheitskasse

Häusliche Krankenpflege (Dr. med.)
 Julia Grottel
 Finkenstraße 100a, 100
 60479 München

Hauswirtschaftliche Versorgung
 Finkenstraße 100a, 100
 60479 München

Ihr Gesprächspartner: **Durchwahl 00000-40 000 - 2 25**

Datum: **05.10.2007**

Häusliche Krankenpflege für Frau Lisa-Katja Lühr, geb. 19.08.1957

Versichertennummer: 807156225, Gewerbesteuerbescheinigung: 30330100, Ausweisnummer: 2188112

Sehr geehrte Damen und Herren,

für **Frau Lühr** werden folgende Leistungen durch die AOK **Freiburger Gesundheitskasse** – Die Gesundheitskasse übernommen:

| Zeitraum | tgl. Anz. | wöch. Anz. | mon. Anz. | ges. Anz. | Positions-Nr. | Leistung |
|-------------------------|-----------|------------|-----------|-----------|---------------|--|
| 01.10.2007 - 31.12.2007 | 1 | 7 | | | 032233 | Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten |

Bitte rechnen Sie die erbrachten Leistungen unter Angabe des im Betreff angegebenen Genehmigungskennzeichens und der Arztnummer ab.

Mit freundlichen Grüßen

Julia Grottel
 Teamleiter Leistungen

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung!

DZH Dienstleistungszentrale für Heil- und Hilfsmittelanbieter GmbH

Eiffestraße 80
 20537 Hamburg

Tel.: 040 / 22 74 65 - 0
 Fax: 040 / 22 74 65 - 36

www.dzh-online.de