

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

**Verordnung für  
sozialmedizinische  
Nachsorgemaßnahmen  
nach § 43 Abs. 2 SGB V**



DRK-Schwesternschaft  
Georgia-Augusta e.V.

**FAZIT –  
Sozialmedizinische Nachsorge**  
Helvesanger 12, 37081 Göttingen  
Tel. 0551 / 531 3772  
Fax: 0551 / 42633  
E-Mail: info@fazit-goettingen.de  
Internet: www.fazit-goettingen.de  
IK-Nr. 500 314 032

**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:**

- |  | <i>Anzahl</i>                |                               |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| Analyse des Unterstützungsbedarfs (max. 3 Einheiten)                     | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> nein |
| Koordinierung der verordneten Leistungen                                 | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> nein |
| Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> 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.	<b>Funktionsdiagnosen zum geplanten Entlassungszeitpunkt</b> Die ICD-10-Diagnose ist zwingend um eine Beschreibung der Schädigungen/ Beeinträchtigungen (=Funktionsdiagnose) zum geplanten Entlassungszeitpunkt zu ergänzen. Die mit der ICD zu verschlüsselnden klinischen Diagnosen sind zur besseren Übersicht durch <u>Unterstreichung</u> 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> Die Verordnung soll im Regelfall nicht früher als 5 Arbeitstage vor der geplanten Entlassung ausgestellt werden.	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"/>
		<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 Interventionen (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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name, Vorname des Kindes:

## C Kontextfaktoren

Welche **Kontextfaktoren** lassen eine familiäre Überforderung annehmen?

**Relevante Kontextfaktoren (bitte erläutern)**

(z.B. erschwerte Erreichbarkeit, fehlende Unterstützung durch Bezugspersonen, soziokulturelle Barrieren)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des verordneten Arztes

### Antrag

**Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen werden beantragt und sollen durch den folgenden Leistungserbringer erbracht werden**

Name und Anschrift der Einrichtung:

**FAZIT**

*Sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung der  
DRK-Schwesternschaft Georgia-Augusta e. V.  
Helvesanger 12  
37081 Göttingen*

*Telefon: 0551 5313772  
Telefax: 0551 42633  
IK-Nr. 500 314 032*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des(r) Erziehungsberechtigten  
(Hinweis: Minderjährige, die das 15. Lebensjahr vollendet  
haben, können den Antrag selbst unterzeichnen)

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

## 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 Unterstützungsbedarfs**  ja  nein **Anzahl\*:**

**Koordinierung der verordneten Leistungen**  ja  nein **Anzahl\*:**

**Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen**  ja  nein **Anzahl\*:**

\* Angabe der Anzahl der verordneten Leistungen nur bei differenzierten Vergütungssätzen erforderlich

durch den folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift der Einrichtung:

**FAZIT**

*Sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung der  
DRK-Schwesternschaft Georgia-Augusta e. V.  
Helvesanger 12  
37081 Göttingen  
Telefon: 0551 5313772, Telefax: 0551 42633  
IK-Nr. 500 314 032*

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.

**Name, Vorname des Kindes:**

Seite 5 von 5