

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

Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

62A

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

--

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

MM	JJ
----	----

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Begründung

--

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

☐ Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Weitere Erläuterungen

Ergebnis der Erhebung
festgestellt am

TT	MM	JJ
----	----	----

Erneute Erhebung
geplant am

TT	MM	JJ
----	----	----

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

--	--	--	--

vom TTMMJJ bis TTMMJJ

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

--	--	--	--	--	--

☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) ☐ Unfall

I. Klinischer Status

☐ Beatmung, seit TTMMJJ

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
☐ invasiv	☐ Stunden pro Tag	☐ Stunden pro Tag
☐ nicht invasiv, Maskentyp	☐ Stunden pro Nacht	☐ Stunden pro Nacht

☐ Tracheostoma, seit TTMMJJ

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil	

☐ Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit

☐ Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
☐ uneingeschränkt	☐ uneingeschränkt	☐ Ort	☐ uneingeschränkt	☐ nein
☐ eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ Zeit	☐ bis an die Bettkante in den Rollstuhl	☐ ja
☐ nicht möglich	☐ nicht möglich	☐ Person	☐ stehfähig, gehfähig	☐ teilweise
		☐ Situation	☐ immobil	☐ Pinzettengriff
		☐ nicht vorhanden		

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI ☐ Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

☐ sind weiterhin angezeigt ☐ sind nicht mehr angezeigt ☐ werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des verordnenden Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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
☐ dilatativ ☐ chirurgisch	Hersteller Innendurchmesser in mm ,	☐ passiv ☐ aktiv

☐ Sekretmanagement

Absauggerät	Inhalationsgerät
☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag	☐ ja ☐ 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 die Krankenkasse