

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(**Spitzenverband Bund der Krankenkassen**), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

28. Änderung
der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-
Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken
für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014
(Anlage 2a BMV-Ä)

Artikel 1

In **Nummer 2.12 Muster 12/E: Verordnung häuslicher Krankenpflege** wird die Angabe „(Stand: 10.2020)“ durch die Angabe „(Stand: 07.2024)“ ersetzt.

In Nummer **2.12.8** wird die Abbildung zum Muster 12a.1/E wie folgt gefasst:

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ Erstver-
ordnung

☐ Folgever-
ordnung

☐ Unfall

☐ SER

Verordnung häuslicher Krankenpflege12

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

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vombis

Behandlungspflege

Medikamentengabe,
Präparate

☐ Herrichten der Medikamentenbox

☐ Medikamentengabe

☐ Injektionen

☐ herrichten

☐ intramuskulär

☐ subkutan

Blutzuckermessung

☐ Erst- oder Neueinstellung
(max. 4 Wochen und max. 3x täglich)

☐ bei intensiverter Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen

☐ Kompressionsverbände anlegen

☐ stützende und stabilisierende
Verbände, Art

Wundversorgung

Wundart

Lokalisation

aktuelle Größe
(Länge, Breite, Tiefe)

aktueller
Grad

Präparate,
Verbandmaterialien

☐ Wundversorgung akut

☐ Wundversorgung chronisch

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐ Unterstützungspflege
nach § 37 (1a) SGB V

☐ Krankenhausvermeidungspflege
nach § 37 (1) SGB V

☐ Grundpflege

☐ hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit

Dauer

tgl.

wtl.

mtl.

vom

bis

Weitere Hinweise

Ausfertigung für den Pflegedienst

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PRF/NR.
Muster 12b/E (7.2024)

In Nummer **2.12.9** wird die Abbildung zum Muster 12a.2/E wie folgt gefasst:

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom _____ bis _____

☐ in meinem Haushalt

☐ im Haushalt einer sonstigen Person
☐ in einer Schule, Kindergarten
☐ in einer betreuten Wohnform

☐ in einer Werkstatt für behinderte Menschen
☐ in einer Wohngemeinschaft
☐ in einer sonstigen Einrichtung

Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

☐ Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden

☐ Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person nicht erbracht werden
☐ Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste

Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters

Datum _____

Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom _____ bis _____

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wöchl.	mon.	vom	bis

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a Abs. 4 SGB V)

Name des Pflegedienstes _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Institutionskennzeichen Pflegedienst

Beschäftigtennummer der Pflegekraft

Anspruchspartner in dem Pflegedienst (Name) _____

Telefonnummer des Pflegedienstes

Fax-Nr. des Pflegedienstes

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes _____

Datum _____

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

PRENR-Muster 12a.2/E (7.2004)

Original: DIN A4 hoch"

In Nummer **2.12.10** wird die Abbildung zum Muster 12b/E wie folgt gefasst:

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum ☐ Erstver- ordnung ☐ Folgever- ordnung ☐ Unfall ☐ SER Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer vom _____ bis _____	Verordnung häuslicher Krankenpflege 12 Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code) Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)																					
Behandlungspflege																						
Medikamentengabe, Präparate _____																						
☐ Herrichten der Medikamentenbox ☐ Medikamentengabe ☐ Injektionen ☐ herrichten ☐ intramuskulär ☐ subkutan	Häufigkeit/Dauer von Pflegekraft																					
Blutzuckermessung ☐ Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) ☐ bei intensiverter Insulintherapie																						
Kompressionsbehandlung ☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ rechts ☐ links ☐ beidseits ☐ Kompressionsverbände anlegen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen ☐ stützende und stabilisierende Verbände, Art _____ ☐ Kompressionsverbände abnehmen																						
Wundversorgung Wundart _____ Lokalisation _____ aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____ Präparate, Verbandmaterialien _____																						
☐ Wundversorgung akut ☐ Wundversorgung chronisch																						
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege _____ _____																						
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl _____																						
Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung																						
☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V ☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V ☐ Grundpflege ☐ hauswirtschaftliche Versorgung		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Häufigkeit</th> <th colspan="2">Dauer</th> </tr> <tr> <th>tgl.</th> <th>wtl.</th> <th>mtl.</th> <th>vom</th> <th>bis</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Häufigkeit			Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis										
Häufigkeit			Dauer																			
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																		
Weitere Hinweise _____ _____ _____																						
Ausfertigung für den Pflegedienst Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.																						
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes PRF/NR. Muster 12b/E (7.2024)																						

Original: DIN A4 hoch"

In Nummer **2.12.11** wird die Abbildung zum Muster 12c/E wie folgt gefasst:

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____		Verordnung häuslicher Krankenpflege 12 Ordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code) _____	
Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____		Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie) _____	
☐ Erstver- ordnung ☐ Folgever- ordnung ☐ Unfall ☐ SER		Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer vom _____ bis _____	

Behandlungspflege						Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft	Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung						
Medikamentengabe, Präparate _____					Häufigkeit Dauer (TTMM)								
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis									
☐ Herrichten der Medikamentenbox ☐ Medikamentengabe ☐ Injektionen ☐ herrichten ☐ intramuskulär ☐ subkutan													
Blutzuckermessung ☐ Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich) ☐ bei intensivierter Insulintherapie													
Kompressionsbehandlung ☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ rechts ☐ links ☐ beidseits ☐ Kompressionsverbände anlegen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen ☐ Kompressionsverbände abnehmen ☐ stützende und stabilisierende Verbände, Art _____													
Wundversorgung Wundart _____ Lokalisation _____ aktuelle Größe (Länge, Breite, Tiefe) _____ aktueller Grad _____ Präparate, Verbandmaterialien _____													
☐ Wundversorgung akut ☐ Wundversorgung chronisch													
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege _____													
Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl _____													

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung						Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft	Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung						
☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V ☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V ☐ Grundpflege ☐ hauswirtschaftliche Versorgung					Häufigkeit Dauer								
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis									
Weitere Hinweise _____ _____ _____													

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
 PRENR,
 Muster 12c/E (7.2024)

Original: DIN A4 hoch"

In Nummer 2.21 Muster 21/E: Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes wird die Angabe „(Stand: 10.2014)“ durch die Angabe „(Stand: 07.2024)“ ersetzt.

In Nummer **2.21.7** wird die Abbildung zum Muster 21/E wie folgt gefasst:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table> Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit vom _____ bis einschließlich _____ ☐ Kita- oder Schulunfall / -folgen ☐ sonstiger Unfall, Unfallfolgen ☐ SER	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Ärztliche Bescheinigung 21 für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes Vertragsgarstempel / Unterschrift des Arztes
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes <i>* Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.</i>	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Versichertennummer
Straße, Haus-Nr.	PLZ Wohnort
IBAN	
BIC	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)
Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin. Ich bin Alleinerziehende(r) ☐ ja ☐ nein Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen. Datum	
Unterschrift der/des Versicherten	

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.
PRFNR.
Muster 21/E (7/2024)

Original: DIN A5 hoch"

Artikel 2
Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.07.2024 in Kraft.

Berlin, den 10.05.2024

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin