

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

## Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

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

Erstver-  Folgever-  Unfall  SER

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Behandlungspflege

#### Medikamentengabe, Präparate

Präparate \_\_\_\_\_

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

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

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)

Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft

*Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung*

Häufigkeit	Dauer (TTMM)				
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

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 Werkstatt für behinderte Menschen  
 in einer Schule, Kindergarten     
 in einer Wohngemeinschaft  
 in einer betreuten Wohnform     
 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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters

**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.	wö.	mtl.	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 \_\_\_\_\_

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name) \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Pflegedienstes \_\_\_\_\_ Fax-Nr. des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

PRENER  
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

## Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

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  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Behandlungspflege**

**Medikamentengabe, Präparate** \_\_\_\_\_

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

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

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		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erstver-  
ordnung
  Folgever-  
ordnung
  Unfall
  SER

## Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

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

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Behandlungspflege

**Medikamentengabe,**  
Präparate \_\_\_\_\_

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

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

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

PFR.NR.  
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="text-align: center;"><b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table> <p>Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit</p> <p>vom _____</p> <p>bis einschließlich _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kita- oder Schulunfall / -folgen</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p><input type="checkbox"/> SER</p>	<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b>			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;"> <b>Ärztliche Bescheinigung 21</b>  <b>für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</b> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 20px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Vertragarztsiegel / Unterschrift des Arztes</p>		
<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b>																		
Name, Vorname des Versicherten																		
		geb. am																
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">*Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.</td> </tr> <tr> <td>Name</td> <td>Vorname</td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum</td> <td>Versichertennummer</td> </tr> <tr> <td>Strasse, Haus-Nr.</td> <td>PLZ Wohnort</td> </tr> <tr> <td colspan="2">IBAN</td> </tr> <tr> <td>BIC</td> <td>Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.</p> <p>Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.</p> <p style="text-align: right;">Datum</p> </td> </tr> </table>		<b>Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</b>		*Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.		Name	Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer	Strasse, Haus-Nr.	PLZ Wohnort	IBAN		BIC	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)	<p>Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.</p> <p>Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.</p> <p style="text-align: right;">Datum</p>		<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Unterschrift der/des Versicherten</p>
<b>Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</b>																		
*Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuenden Person zu stellen.																		
Name	Vorname																	
Geburtsdatum	Versichertennummer																	
Strasse, Haus-Nr.	PLZ Wohnort																	
IBAN																		
BIC	Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person)																	
<p>Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.</p> <p>Ich bin Alleinerziehende(r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.</p> <p style="text-align: right;">Datum</p>																		
<p>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.</p>		<p style="text-align: center;">PRFN.R.      Muster 21/E (7/2024)</p>																

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