

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)

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

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

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

Original: DIN A4 hoch

4

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;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</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>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: center;"> Ärztliche Bescheinigung 21 für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes </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>		
Krankenkasse bzw. Kostenträger																		
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;">Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: x-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>		Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes		*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; width: 100%; height: 30px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">Unterschrift der/des Versicherten</p>
Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes																		
*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>																		
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.		PRFN.R. 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