

Medizinische Hauskrankenpflege

| | | | | | | | | |
|-----|--|---------------------|--|--------------------|----------------------------------|---|--|--|
| ÖGK | | Andere Kostenträger | 1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers. | 5 Pensionist/in | 7 Kriegshinter- bliebene/r | 9 | | |
|-----|--|---------------------|--|--------------------|----------------------------------|---|--|--|

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Erstanordnung*)

| | | |
|--------|--|-------|
| Beginn | Voraussichtliche Dauer:*) | Ende |
| _____ | <input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> über 14 Tage | _____ |

Auftrag zur Leistungserbringung ergeht auf Wunsch der/des Patienten/in an:

Antrag auf Verlängerung*)

| | | |
|--------|--|-------|
| Beginn | Voraussichtliche Dauer:*) | Ende |
| _____ | <input type="checkbox"/> 14 Tage <input type="checkbox"/> über 14 Tage | _____ |

Auftrag zur Leistungserbringung ergeht auf Wunsch der/des Patienten/in an:

*) Zutreffendes bitte ankreuzen!

| | | |
|---|---------|---------------------|
| Familienname | Vorname | Versicherungsnummer |
| Patient/in | | Tag Monat Jahr |
| Anschrift | | |
| Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist) | | Tag Monat Jahr |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort) | | |

Diagnose und medizinische Begründung für die Durchführung (Verlängerung)

Erstanweisung der Ärztin/des Arztes an die dipl. Pflegeperson (Art und Häufigkeit der Leistungen)

Medizinische Hauskrankenpflege wird vom Krankenversicherungsträger nur übernommen, wenn es sich **um eine die Anstaltspflege ersetzende Maßnahme handelt**. Sie wird für die Dauer von längstens vier Wochen (28 Tage) gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer Bewilligung durch den med. Dienst jeweils für längstens weitere vier Wochen (28 Tage) verlängert. Der Antrag auf Verlängerung muss spätestens bis zum 24. Tag nach Einleitung (Verlängerung) der medizinischen Hauskrankenpflege gestellt werden.

Bewilligungsvermerk der Kasse (im Verlängerungsfall):

Datum, Stempel und Unterschrift der bewilligenden Stelle

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes