

Angaben zur Ergänzung zum Vertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V Leistungen mit hohem intensiven behandlungspflegerischem Aufwand

Angaben zum Pflegedienst

Name des Pflegedienstes: _____ IK: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____
 Landkreis/kreisfreie Stadt: _____

AnsprechpartnerIn: _____
 Telefon-Nr.: _____

Inkrafttreten des Vertrages gemäß § 132a Abs. 2 SGB V: _____
 verantwortliche Pflegefachkraft: _____

Träger des Pflegedienstes:

Name des Trägers: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____

AnsprechpartnerIn: _____
 Telefon-Nr.: _____

Angaben zur Versorgungssituation des Pflegedienstes

Anzahl der Patienten insgesamt (nicht nur Intensivpflege)

davon Intensiv-Patienten:
 Versorgung im Haushalt des Versicherten oder an einem sonstigen geeigneten Ort, ausgenommen Wohngemeinschaften*

Versorgung von mehreren Versicherten in einem gemeinsamen Haushalt/einer Wohngemeinschaft oder einer vergleichbaren Wohnform*

| | Plätze |
|---|--------|
| Adressangabe Intensivpflege-Wohngemeinschaft oder einer vergleichbaren Wohnform | |
| Adressangabe Intensivpflege-Wohngemeinschaft oder einer vergleichbaren Wohnform | |
| Adressangabe Intensivpflege-Wohngemeinschaft oder einer vergleichbaren Wohnform | |

* Sofern bei einem oder mehreren Versicherten der tägliche Versorgungsumfang weniger als 24 Std. beträgt, bitte Anzahl der Versicherten mit dem jeweils reduzierten täglichen Versorgungsumfang in Std. gem. ärztl. HKP-Verordnung ausweisen

Datum _____ Unterschrift / Stempel Pflegedienst _____

Dieser Anlage ist die namentliche Auflistung der teilnehmenden Mitarbeiter und der bestehenden und durchgeführten Fortbildungen sowie deren Umfang beizufügen.