

## 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.**