

# Anlage 1 – Änderungsantrag nach § 37 Abs. 8 SGB V



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geb. am
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
IK Pflegedienst	Beschäftigtennummer	Datum

<b>Verordnungsdatum</b>	Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.				
<b>Genehmigungskennzeichen der Krankenkasse</b>	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.				
<b>Arztnummer</b>					
<b>Betriebsstättennummer</b>					
<b>Genehmigte Maßnahmen</b>	<b>Abweichende Dauer</b>		<b>Abweichende Häufigkeit</b>		
	von TT.MM.JJ	bis TT.MM.JJ	tgl.	wtl.	mtl.
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen				
<input type="checkbox"/> Kompressionsverband anlegen	<input type="checkbox"/> Kompressionsverband abnehmen				
<input type="checkbox"/> Stützende und stabilisierende Verbände, Art					
<input type="checkbox"/> Wundversorgung akut					
<input type="checkbox"/> Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung					
<input type="checkbox"/> Sonstige Behandlungspflege					
-----					
<input type="checkbox"/> Differenzierung zw. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung					
-----					

## Begründung für die Änderung/en
