

Ärztliche Empfehlung für die Spezialisierte pädiatrische Anleitungspflege

Spezialisierte pädiatrische Anleitungspflege (SPAP) gemäß § 45 SGB XI für pflegende Angehörige von schwerkranken Kindern und Jugendlichen.

☐ **Erstantrag**

☐ **Folgeantrag**

Angaben zum pflegebedürftigen Kind

Name	Geburtsdatum
------	--------------

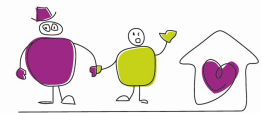
Pflegekasse/Krankenkasse	Versichertennummer
--------------------------	--------------------

Pflegegrad ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5 ☐ Pflegegrad beantragt / Eilverfahren läuft ☐ Pflegegrad noch nicht festgestellt	Aktueller Aufenthaltsort ☐ Akutklinik ☐ Kinderintensivstation / Neonatologie ☐ Reha-Einrichtung ☐ Häuslichkeit ☐ _____
--	---

Name anzuleitende Person	Geburtsdatum
Beziehung zum Kind Mutter ☐ Vater ☐ Sorgeberechtigt ☐ sonstige _____	

Medizinische Diagnosen / pflegebegründende Situation

Diagnose(n)



KLEINE RIESEN HAUS

Notwendigkeit der spezialisierten pädiatrischen Anleitungspflege

- | | |
|---|--|
| ☐ Frühgeburtlichkeit | ☐ Krampfanfälle / neurologische Probleme |
| ☐ chronische Erkrankung | ☐ eingeschränkte Mobilität / Lagerungsbedarf |
| ☐ komplexes Medikamentenmanagement | ☐ Schmerzproblematik / Reizverarbeitungsstörung |
| ☐ PEG / PEJ / Ernährungssonde | ☐ besondere Kommunikationsbedarfe |
| ☐ nicht-invasive Beatmung | ☐ palliative Versorgungssituation |
| ☐ invasive Beatmung | ☐ _____ |
| ☐ Sauerstoffpflichtigkeit | ☐ _____ |
| ☐ Tracheostoma | ☐ _____ |
| ☐ Absaugpflichtigkeit | ☐ _____ |

Ärztliche Empfehlung

Ich empfehle die spezielle individuelle Anleitungspflege gemäß § 45 SGB XI.

Die Maßnahme ist aus ärztlicher Sicht erforderlich, geeignet und zweckmäßig, um die Person zur Versorgung des pflegebedürftigen Kindes anzuleiten und die häusliche Versorgung vorzubereiten, zu sichern oder zu stabilisieren.

Dringlichkeit

- ☐ Regulär
- ☐ Zeitnah erforderlich
- ☐ Dringend erforderlich wegen Entlassung / Versorgungslücke am: _____
- ☐ Dringend erforderlich bei Neugeborenem / Frühgeborenem / intensivpflichtigem Kind

Sonstiges

Name Arzt / Ärztin

Fachrichtung

Einrichtung / Praxis

Telefon / E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel