

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	LANR	Datum

Überleitungsbogen

aus einer stationären Behandlung

Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Aufenthalt des Patienten, **spätestens innerhalb einer Woche nach der Konsultation**, an die Krankenkasse.

Faxnummer:

Klinik:
Datum der Konsultation (mit Klinikarzt): _____

Stationäre Behandlung vom: _____

bis: _____

Haupt-Einweisungsdiagnose (ICD10): _____

Nicht verpflichtend

Haupt-Entlassungsdiagnose (ICD10): _____

ICD10 mit Diagnosesicherheit Seitenlokalisierung

Ist eine weitere stationäre Behandlung geplant?

Nein

Ja

Einweisung durch:

Nicht verpflichtend

Notfall

Hausarzt

Selbsteinweisung

Fremdeinweisung

Arbeitsunfähigkeit:

Besteht nach stationärem Aufenthalt weiterhin Arbeitsunfähigkeit?

Nein

Ja

Wenn ja, bis wann? _____

Entfällt, da nicht erwerbstätig

Besteht die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung?

Nicht

Nein

Ja

Wenn ja, bis wann? _____

Rehabilitation:

Wurde eine medizinische Rehabilitation oder Anschluss-

Rehabilitation bereits durch das Krankenhaus veranlasst?

Nein

Ja

Ist die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation notwendig?

Nein

Ja

Besteht geriatrischer Rehabilitationsbedarf?

Nein

Ja

Ist die medizinische Rehabilitation bereits beantragt?

Nein

Ja

Medikation:

Sind Änderungen der Medikation notwendig?

nein

ja, nach Aufenthalt

Nicht verpflichtend

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	LANR	Datum

Überleitungsbogen

aus einer stationären Behandlung

Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Aufenthalt des Patienten, **spätestens innerhalb einer Woche nach der Konsultation**, an die Krankenkasse.

Faxnummer: _____

Klinik: _____
Datum der Konsultation (mit Klinikarzt): _____

Häusliche Krankenpflege, Pflege:

Ist die häusliche Versorgung gewährleistet?

Zu Hause

Nein

Ja

Pflegeeinrichtung

Kurzzeitpflege

Ist Häusliche Krankenpflege (HKP) oder eine Haushaltshilfe erforderlich?

Nein

Ja

Ist eine Pflegeberatung durch die Krankenkasse erforderlich und vom Patienten gewünscht?

Nein

Ja

Besteht Pflegebedarf nach der stationären Behandlung?

Nein

Ja

Handelt es sich um einen Pflegefall?

Nein

Ja

Wenn ja, Ist ein Antrag auf Pflege gestellt?

Nein

Ja

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

Nein

Ja

Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt?

Nein

Ja

Heil- und Hilfsmittel:

Heilmittel während stationärer Behandlung:

Nein

Ja

Heilmittel nach stationärer Behandlung:

Nein

Ja

Hilfsmittel nach stationärer Behandlung:

Nein

Ja

Welche? _____

Wurde weitere fachärztliche Behandlung veranlasst?

Nicht verpflichtend nein

ja, im Fachgebiet: _____

Sonstiges/Bemerkungen

Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____