

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

Hausarzt

Notfall

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? Nein Ja
 Zu Hause 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: _____