

Muster zur Dokumentation der Übergangspflege

Datum der Übermittlung an die Krankenkasse: __ . __ . ____

Kontaktdaten Krankenhaus

Name: _____

Institutionskennzeichen (IK): _____

Anschrift

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Kontaktdaten Ansprechpartnerin/Ansprechpartner/Sozialdienst

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Kontaktdaten Patientin/Patient

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: __ . __ . ____

Krankenversicherungsnummer¹⁾: _____

¹⁾ übergangsweise bei Privatversicherten die Versicherungsnummer (soweit ermittelbar)

Anschrift

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters/Betreuers (sofern vorhanden):

Name, Vorname: _____

Anschrift

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Vorangegangene Krankenhausbehandlung

Aufnahmetag: __ . __ . ____

Entlassungstag: __ . __ . ____

Krankenhausinternes Kennzeichen der/des Versicherten: _____

Übergangspflege im Krankenhaus

Aufnahmetag: __ . __ . ____

Entlassungstag: __ . __ . ____

Standortkennzeichen¹⁾: _____

Fachabteilungsschlüssel²⁾: _____

¹⁾ Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V des Standortes, an dem die Übergangspflege erbracht wurde

²⁾ Fachabteilungsschlüssel gemäß § 5 Absatz 3 der Vereinbarung

Dokumentation der Übergangspflege

a) Beginn der Organisation der Anschlussversorgung

(in der Regel durch Einbindung des Sozialdienstes) am __ . __ . ____

b) Abstimmung der geeigneten Anschlussversorgung

Die geeignete Anschlussversorgung wurde mit der Patientin oder dem Patienten und ggf. den Angehörigen oder dem gesetzlichen Vertreter bzw. Betreuer abgestimmt:

JA []/NEIN []

- Wenn „Ja“, Datum der Abstimmung: __ . __ . ____
- Wenn „Nein“, Beschreibung, warum keine Abstimmung erfolgt ist (Freitext):

Beschreibung der geeigneten Anschlussversorgung (Anforderungen an die Anschlussversorger aufgrund eines komplexen oder besonderen Versorgungsbedarfes sowie der gewünschte Ort und Umkreis der Versorgung) (Freitext)

Es kamen mehr als 20 Anschlussversorger als geeignete in Frage: JA []/NEIN []

- Wenn „Nein“, Anzahl der in Frage kommenden Anschlussversorger: ____

c) Feststellung des Nachsorgebedarfs

Nachsorgebedarf besteht für Leistungen

- der **Häusliche Krankenpflege** (§ 37 SGB V): JA []/NEIN []
- der **Kurzzeitpflege** (§ 39c SGB V): JA []/NEIN []
- der **Medizinische Rehabilitation** nach (§ 40 SGB V): JA []/NEIN []

- Der Antrag/die Verordnung für diese Anschlussversorgung wurde gestellt/ausgestellt: JA []/NEIN []
 - Wenn „Ja“, am __ . __ . ____
 - Wenn „Nein“, Beschreibung des Nachsorgebedarfs und Begründung, warum kein Antrag/Verordnung gestellt/ausgestellt wurde (Freitext):

Nachsorgebedarf besteht für **Pflegeleistungen** nach SGB XI (einschließlich Kurzzeitpflege nach SGB XI:) JA []/NEIN []

- Ein Pflegegrad 2 oder höher liegt vor: JA []/NEIN []
 - Wenn „Nein“: Ein Antrag auf Pflegegrad von 2 oder höher wurde gestellt: JA []/NEIN []
 - Wenn „Ja“, Datum der Antragstellung: __ . __ . ____
 - Wenn „Nein“, Beschreibung des Nachsorgebedarfs und Begründung, warum kein Antrag gestellt oder ob Widerspruch eingelegt wurde (Freitext):

d) Frühzeitige Einbindung der Krankenkasse

und Übermittlung der erforderlichen Informationen am __ . __ . ____

e) Anfragen bei den geeigneten Anschlussversorgern

Es wurden internetbasierte Portale verwendet: JA []/NEIN []

Dokumentation der folgenden Informationen für jede Anfrage (bis zu 20):

1. Name des Anschlussversorgers: _____
Postleitzahl und Ort: _____
Datum der Anfrage: __ . __ . ____
Ergebnis der Anfrage: ZUSAGE []/ABSAGE []/KEINE RÜCKMELDUNG []
[...]

20. Name des Anschlussversorgers: _____
Postleitzahl und Ort: _____
Datum der Anfrage: __ . __ . ____
Ergebnis der Anfrage: ZUSAGE []/ABSAGE []/KEINE RÜCKMELDUNG []

- f) Angabe, ob die erforderliche Anschlussversorgung nach Abschluss der Übergangspflege sichergestellt werden konnte oder nicht mehr erforderlich war**
- Die erforderliche Anschlussversorgung konnte bereits während der Krankenhausbehandlung (für einen Übergang in die Anschlussversorgung innerhalb des Zeitrahmens für die Übergangspflege) sichergestellt werden: JA []/NEIN []
 - Die erforderliche Anschlussversorgung konnte während der Übergangspflege (für einen Übergang in die Anschlussversorgung innerhalb des Zeitrahmens für die Übergangspflege) sichergestellt werden: JA []/NEIN []
 - Der Übergang in die Anschlussversorgung konnte erst für einen Zeitpunkt außerhalb des Anspruchs auf Übergangspflege (längstens 10 Tage je Krankenhausbehandlung) sichergestellt werden: JA []/NEIN []
 - Wenn „Ja“, Datum des Beginns der Anschlussversorgung: __ . __ . ____
 - Bei Entlassung aus der Übergangspflege bestand kein weiterer Bedarf mehr für eine Anschlussversorgung: JA []/NEIN []