**Muster zur** **Dokumentation der Übergangspflege**

(gemäß der Anlage zur Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege vom 31.10.2021)

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: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_  Krankenversichertennummer1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *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 [ ]   […]   1. 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 Krankenhaus-behandlung (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 [ ] |