**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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AnschriftStraße, 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)*AnschriftStraße, Hausnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters/Betreuers** (sofern vorhanden):Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AnschriftStraße, 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 [ ]
 |