

## Checkliste Entlassplan

Bei den nachfolgenden Punkten handelt es sich um **Mindestinhalte** des Entlassplans:

- **Sozial- und Adressdaten des Patienten:**
  - **Entlassung geplant am:**
  - **(Aufnahme-)Diagnose:**
  - **Versorgungssituation des Patienten (incl. Betreuung / Personensorgeberechtigter)**
- 

- **Hausarzt/weiterbehandelnder Facharzt**

Name:

- **War vor Krankenhausaufnahme bereits**

ein ambulanter Pflegedienst tätig?

ja     nein

- **Assessment**

initial  
 differenziert

- **Ist eine Anschlussversorgung voraussichtlich erforderlich<sup>1</sup>:**

ja     nein    (hiervon ausgenommen sind der Entlassbrief, der Medikationsplan sowie die Bescheinigung über eine mögliche Arbeitsunfähigkeit AU)

- **Beratung**

Wurde der Patient im Rahmen des Entlassmanagements beraten?

Ja     nein

Wenn ja, zu welchen Bereichen wurde beraten?

---

<sup>1</sup> Der Bedarf zur Anschlussversorgung ist während des Aufenthaltes im Krankenhaus regelmäßig anzupassen, insbesondere bei Veränderungen der Versorgungssituation.

- Heilmittel
- Umgang mit Hilfsmitteln
- Medikamenteneinnahme
- Pflegebedürftigkeit
- Sonstiges

Fand die Beratung in Anwesenheit der Angehörigen /  
Personensorgeberechtigten statt?

- Ja     nein

Wurden die Angehörigen mit der Familiären Pflege in Kontakt  
gebracht?

- Ja     nein

➤ **Antragsunterlagen an den Patienten ausgehändigt**

- Ja     nein

➤ **Weiterleitung von Patientenunterlagen an**

- |                             |                             |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Krankenkasse                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pflegekasse                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aktualisierung erforderlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

➤ **Kontaktaufnahme zu**

- Angehörigen
- Betreuern/Personensorgeberechtigten
- Weiterbehandler
- Krankenkasse
- Pflegekasse
- Sozialamt
- Physiotherapie
- Logotherapie
- Ergotherapie
- Psychoonkologen
- Spezielle ambulante Palliativversorgung
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung
- Kontaktaufnahme zu Einrichtungen und Diensten der  
pflegerischen Versorgung
- Sonstiges

Wenn ja, in welcher Form?

- telefonisch
- per E-Mail
- per Fax
- Sonstiges

➤ **Antrag auf Pflegebedürftigkeit**

Liegt bereits eine Pflegestufe/Pflegegrad vor?

- Ja     nein

Wenn ja, welche?

- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Pflegestufe 1 <sup>2</sup>          | <input type="checkbox"/> |
| Pflegestufe 2                       | <input type="checkbox"/> |
| Pflegestufe 3                       | <input type="checkbox"/> |
| Außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 1                        | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 2                        | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 3                        | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 4                        | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegrad 5                        | <input type="checkbox"/> |

Antrag während des Krankenhausaufenthaltes

Erstantrag

- Ja     nein

Höherstufungsantrag

- Ja     nein

➤ **Information der Sozialleistungsträger**

Wurden die Sozialleistungsträger über die anstehende Entlassung informiert?

- Ja     nein

➤ **Entlassung / Verlegung in**

- eigene Häuslichkeit**

---

<sup>2</sup> Aus pragmatischen Gründen wird empfohlen für einen Übergangszeitraum weiterhin auch nach der Pflegestufe zu fragen, da zu erwarten ist, dass die Pflegegrade nicht allen Patienten bekannt sind.

- ohne Mitwirkung eines ambulanten Pflegedienstes
- mit Mitwirkung eines ambulanten Pflegedienstes

Wurde der ambulante Pflegedienst über die Entlassung informiert?

- Ja     nein

Name des Pflegedienstes:

- in ein anderes Krankenhaus**

Name der Klinik

- eine Rehabilitationsklinik**

Name der Klinik

- in die ambulante Rehabilitation**

Name der Einrichtung

- ins Betreute Wohnen**

Name der Einrichtung

- in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung**

Name der Einrichtung

- in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung**

Name der Einrichtung

- in ein Hospiz**

Name der Einrichtung

- Sonstiges**

Name des Dienstes oder Einrichtung

➤ **Verordnung von**

- Physiotherapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Ambulante Rehabilitation

Sonstiges

➤ **Verordnung von Hilfsmitteln**

- Unterarmgehstützen
- Rollator
- Rollstuhl
- Inkontinenzhilfsmittel
- Stomaversorgung
- Sonstiges

Fachberatung eingeschaltet

- Wundmanager
- Stomatherapeutin
- Diabetesberatung
- PEG-Beratung
- Sonstiges

➤ **Medikamente**

Verordnung von Medikamenten

Ja  nein

Verordnung von Betäubungsmitteln

ja  nein

Mitgabe von Medikamenten

ja  nein

Mitgabe von Betäubungsmitteln

ja  nein

Aushändigen eines Medikationsplans

ja  nein

➤ **Verordnung von Häuslicher Krankenpflege**

Ja  nein

➤ **Verordnen von Arbeitsunfähigkeit**

Ja  nein

**Entlassbrief (am Tag der Entlassung)**

➤ **Wurde bei der Entlassung**

ein vorläufiger Entlassbrief ausgehändigt

Ja  nein

ein endgültiger Entlassbrief ausgehändigt

Ja  nein

Wurden die oben genannten Verordnungen und Antragsformulare (ggf. als Kopie) an die Patientin bzw. an den Patienten abgegeben?

Ja  nein

Medikationsplan mitgegeben?

Ja  nein

Ist ein Transport erforderlich?

Ja  nein

Wurde ein Transportschein ausgehändigt?

Ja  nein