

## Muster zur Dokumentation der Übergangspflege

Datum der Übermittlung an die Krankenkasse: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

### Kontaktdaten Krankenhaus

Name: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen (IK): \_\_\_\_\_

#### Anschrift

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten Ansprechpartner(in)/Sozialdienst

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten Patient/in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

*<sup>1)</sup> übergangsweise bei Privatversicherten die Versicherungsnummer (soweit ermittelbar)*

#### Anschrift

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters/Betreuer (sofern vorhanden):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

#### Anschrift

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

### Vorangegangene Krankenhausbehandlung

Aufnahmetag: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

Entlassungstag: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

Krankenhausinternes Kennzeichen des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

### Übergangspflege im Krankenhaus

Aufnahmetag: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

Entlassungstag: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

Standortkennzeichen<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

Fachabteilungsschlüssel<sup>2)</sup>: \_\_\_\_\_

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

<sup>2)</sup> 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 [ ]