

Ärztlicher Kurzbericht

Patientenüberleitung Nordrhein

Ausführlicher Bericht folgt: ☐ ja ☐ nein

Behandelnder Arzt / Krankenhaus:

Station:

Name:

Telefon, Fax:

Krankenhausaufenthalt von:

bis:

Aufnahmegrund:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Adresse der weiterbehandelnden Praxis / Einrichtung:

Diagnosen mit ICD-10:

Medikation Aufnahme						Medikation Entlassung nach Abgleich mit Aufnahmemedikation				
Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Änderung Ja / Nein	Medikamenten- Veränderungen erfolgt	morgens	mittags	abends	nachts

Befunde:

☐ EKG ☐ Röntgen ☐ Labor ☐ Sono ☐ Echo ☐ Doppler ☐ CT ☐ MRT ☐ Endoskopie ☐ OP

☐ Sonstige: _____

Mitgegebene Unterlagen: ☐ Labor ☐ Vorberichte ☐ Bilder ☐ Arztbrief ☐ Sonstiges: _____
(z.B. Anlage MRE)

☐ Der Überleitungsbogen wurde der Patientin / dem Patienten mitgegeben. Patientin / Patient übergibt die Unterlagen persönlich.

Beantragte Leistungen: ☐ Pflegestufe beantragt ☐ Reha beantragt / eingeleitet

☐ Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (einschließlich ansteckungsfähiger Lungentuberkulose und MRE) vorliegen.

Datum _____ Name / Unterschrift der Ärztin / des Arztes _____ Name / Unterschrift der Pflegefachkraft (wenn Daten aus Pflegedokumentation übernommen) _____

Patientenerklärung

Ich bin mit der Weitergabe der o.g. Daten zur Durchführung der erforderlichen Behandlung ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

Die Daten sollen übersandt werden an:

- ☐ Pflegeeinrichtung zur Durchführung der erforderlichen Pflege ☐ Krankenhaus ☐ behandelnden Arzt ☐ Hausarzt
- ☐ MDK zum Zweck der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ☐ Bezugsperson ☐ Sonstige: _____

Datum _____ Name / Unterschrift Patientin / Patient / gesetzl. Vertreterin / gesetzl. Vertreter _____