



## **Hausarztzentrierte Versorgung: Versorgungsmanagement**

### **Merkblatt für Patienten**

Der Gesetzgeber will nach Krankenhausaufenthalten den reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege sicherstellen, um Pflegebedürftigkeit und Wiedereinweisung möglichst zu vermeiden und, wenn nötig, vernünftig abzustimmen (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Dies setzt einen Informationsaustausch zwischen dem Krankenhaus, dem Hausarzt und der Krankenkasse, eventuell auch mit anderen Fachärzten, Rehabilitations-, Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen und Pflegeberatern voraus. Ob dies so sein soll und wer im Einzelnen daran beteiligt sein soll, können Sie bestimmen. Sie werden dazu von Ihrem Hausarzt und von Ihrer Krankenkasse eingehend unterrichtet und beraten.

Unter den dann beteiligten Leistungserbringern und Ihrer Kranken- und Pflegekasse werden Ihre konkreten Daten zur stattgefundenen stationären Behandlung und deren Gründen und Ergebnissen (Befunde, Diagnosen, Empfehlungen),

- zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand
- zur Medikation
- zu Ihrer Arbeitsfähigkeit
- zur Pflege, Rehabilitation und Wiedereingliederung
- und soweit erforderlich zu ihrer sozialen Situation übermittelt.

**Alle Beteiligten unterstehen dem Arztgeheimnis oder dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten bleiben folglich verlässlich innerhalb des von Ihnen und Ihrem Hausarzt und Ihrer Krankenkasse bestimmten Kreises und werden ausschließlich zweckgebunden verwendet, sodass ein Missbrauch Ihrer Daten ausgeschlossen ist.**

### **Einwilligung zum Austausch der Patientendaten**

**Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und erkläre hiermit meine Einwilligung zum Austausch der mich betreffenden Patientendaten im erforderlichen Umfang unter den Stellen, die am konkreten Versorgungsmanagement beteiligt sind.**

**Mein Hausarzt wird die grundlegenden Datenübermittlungen mit mir abstimmen. Ich überlasse ihm dann die konkrete Einzelentscheidung in den hier beschriebenen Grenzen, welche Daten an welche Stellen übermittelt werden.**

**Ich weiß, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Begründung mit sofortiger Wirkung gegenüber meinem Hausarzt widerrufen kann. Der Widerruf ändert aber nichts an der Rechtmäßigkeit des bis dahin erfolgten Datenaustauschs.**

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

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

## Überleitungsbogen aus einer stationären Behandlung

Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von einer Woche nach Erbringung der Leistung, an die Krankenkasse.

Faxnummer: 0431 6052 53874

Klinik:
Datum der Konsultation (mit Klinikarzt): _____

**Stationäre Behandlung vom:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_

**Haupt-Einweisungsdiagnose (ICD10):** \_\_\_\_\_  
Nicht verpflichtend

**Haupt-Entlassungsdiagnose (ICD10):** \_\_\_\_\_  
ICD10 mit Diagnosesicherheit Seitenlokalisierung

Ist eine weitere stationäre Behandlung geplant?  Nein  Ja

**Einweisung durch:**  Hausarzt  
Nicht verpflichtend  Notfall  Selbsteinweisung  Fremdeinweisung

### Arbeitsunfähigkeit:

**Besteht nach stationärem Aufenthalt weiterhin Arbeitsunfähigkeit?**  
 Nein  Ja  
 Entfällt, da nicht erwerbstätig

Wenn ja, bis wann? \_\_\_\_\_

**Besteht die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung?**  
Nicht verpflichtend  Nein  Ja  
Wenn ja, bis wann? \_\_\_\_\_

### Rehabilitation:

Wurde eine medizinische Rehabilitation oder Anschluss-Rehabilitation bereits durch das Krankenhaus veranlasst?  Nein  Ja

Ist die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation notwendig?  Nein  Ja

Besteht geriatrischer Rehabilitationsbedarf?  Nein  Ja

Ist die medizinische Rehabilitation bereits beantragt?  Nein  Ja

### Medikation:

Sind Änderungen der Medikation notwendig?  nein  ja, nach Aufenthalt

Nicht verpflichtend  \_\_\_\_\_

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

## Überleitungsbogen aus einer stationären Behandlung

Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Besuch des Patienten, spätestens innerhalb von einer Woche nach Erbringung der Leistung, an die Krankenkasse.

Faxnummer: 0431 6052 53874

Klinik:
Datum der Konsultation (mit Klinikarzt): _____

### Häusliche Krankenpflege, Pflege:

Ist die häusliche Versorgung gewährleistet?

Zu Hause

Nein

Ja

Pflegeeinrichtung

Kurzzeitpflege

Ist Häusliche Krankenpflege (HKP) oder eine Haushaltshilfe erforderlich?

Nein

Ja

Ist eine Pflegeberatung durch die Krankenkasse erforderlich und vom Patienten gewünscht?

Nein

Ja

Besteht Pflegebedarf nach der stationären Behandlung?

Nein

Ja

Handelt es sich um einen Pflegefall?

Nein

Ja

Wenn ja, Ist ein Antrag auf Pflege gestellt?

Nein

Ja

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

Nein

Ja

Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt?

Nein

Ja

### Heil- und Hilfsmittel:

Heilmittel während stationärer Behandlung:

Nein

Ja

Heilmittel nach stationärer Behandlung:

Nein

Ja

Hilfsmittel nach stationärer Behandlung:

Nein

Ja

Welche? \_\_\_\_\_

### Wurde weitere fachärztliche Behandlung veranlasst?

Nicht verpflichtend

nein

ja, im Fachgebiet: \_\_\_\_\_

### Sonstiges/Bemerkungen

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_