

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

Vertragsarztstempel

## Transition (Kinder- und Jugendarzt an Allgemeinarzt/hausärztlichen Internisten)

<b>Name, geb.</b>	
<b>Diagnosen</b>	
<b>Soziale Situation</b> (Familie, betreutes Wohnen, Schule, Ausbildung etc.)	
<b>Kurzanamnese</b> (Epikrise)	
<b>Mitbetreuende Ärzte</b> (‘Spezialisten’), Kliniken, andere medizinische oder psychosoziale Einrichtungen	
<b>Aktuelle Medikamente</b>	
<b>Heilmittelsituation</b>	
<b>Hilfsmittelversorgung</b> (Rollstuhl, Schienen etc.)	
<b>Impfstatus</b> (nur Besonderheiten, wenn nicht STIKO-konform)	
<b>Einschätzung der aktuellen gesundheitlichen Situation und Procedere</b> (wenn erforderlich)	
Kopien wesentlicher Befunde anbei	
Mündliche (telefonische) Übergabe erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	