

Überleitungsbogen

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | VK gültig bis | Datum |

Bitte senden Sie den Bogen unmittelbar nach Besuch des Patienten, **spätestens innerhalb von 3 Werktagen nach Krankenhausentlassung, an die**
AOK Bayern
Faxnummer

| |
|--|
| - Hausarzt - Krankenhaus - Hausarzt - Krankenkasse - |
| Klinik: |
| Institutionskennzeichen: |

1. Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. Stationäre Behandlung vom:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

bis:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Haupt-Einweisungsdiagnose (ICD10):

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Haupt-Entlassungsdiagnose (ICD10):

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Operationen: _____

Medikation: unverändert
 geändert

Ist eine weitere stationäre Behandlung/Operation geplant? ja nein

3. Welche Therapien und diagnostischen Maßnahmen sind nach der stationären Behandlung vorgesehen:

| | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heilmittel während stationärer Behandlung: | Beginn der Maßnahme am: |
| | Ende der Maßnahme am: |
| <input type="checkbox"/> Heilmittel nach stationärer Behandlung: | Beginn der Maßnahme am: |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel nach stationärer Behandlung: | Tag der Verordnung am: |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahmen nach stationärer Behandlung: | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

4. Arbeitsunfähigkeit

Besteht nach der stationären Behandlung Arbeitsunfähigkeit?
 ja nein Wenn ja, voraussichtlich bis: _____

Besteht die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung?
 ja nein Wenn ja, voraussichtlich ab: _____

5. Wurde weitere fachärztliche Behandlung veranlasst?

nein ja, im Fachgebiet: _____

6. Sonstiges/Bemerkungen _____

Datum: _____

Unterschrift des Arztes _____