

Checkliste zum Entlassmanagement

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Auswahlliste zur Bedarfserkennung für die Ärzte	Auswahlliste zur Bedarfserkennung für die Pflege
<p>Name des Arztes/ der Ärztin: _____ Datum: _____</p>	<p>Name der Pflegefachkraft: _____ Datum: _____</p>
<p>1. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>wenn ja, <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p>	<p>1. Besteht nach der Entlassung ein Pflegebedarf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Hilfsmittel</p>
<p>2. Besteht nach Entlassung ein ambulanter Hilfebedarf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> MRE Sanierung <input type="checkbox"/> Hilfsmittel, welche _____</p>	<p>2. Hat der Patient einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>wenn ja, welchen <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V</p>
<p>3. Besteht nach der Entlassung voraussichtlich die Notwendigkeit vollstationärer Unterbringung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>3. Geht der Patient in eine bereits bestehende Pflegesituation zurück? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Pflege durch Bezugsperson, amb. Pflegedienst, Tagespflege, Heim, etc.)</p> <p>Wenn ja, welche _____ _____ _____</p>
<p>4. Leidet der Patient an einer Erkrankung, die eine ambulante oder stationäre Hospizversorgung nötig macht? (z.B. ALS, fortgeschrittene Tumorerkrankung, Aids) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, ist der Patient über die Prognose aufgeklärt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>4. Befindet sich der Patient in unklarer sozialer und/oder beruflicher Situation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (z.B. Obdachlosigkeit, alleinerziehend mit versorgungspflichtigen Kindern, keine Versorgung durch Bezugsperson, berufliche Probleme)</p>
<p>5. Leidet der Patient an einer dementiellen Erkrankung oder lebt in unklarer sozialer Situation? (z.B. alleinstehend, Überforderung der Bezugsperson?) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>6. Leidet der Patient an einer Suchterkrankung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, muss die soziale Lebenssituation geklärt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>7. Benötigt der Patient Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Wenn mindestens eine Frage mit „ja“ beantwortet wird, bitte umgehend das Entlassmanagement in Gang setzen (siehe umseitiges Ablaufschema)!</p>	

Ablaufschema zum Entlassmanagement

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

		Datum	Hdz.	Rehabilitation:		Datum	Hdz.
Sozialdienst eingeschaltet?	<input type="checkbox"/>			1. Befundbericht geschrieben?	<input type="checkbox"/>		
Entlassung nach Hause:				2. Rehaklinik bekannt?	<input type="checkbox"/>		
1. Hilfsmittel verordnet?	<input type="checkbox"/>			Wenn ja, welche? _____			
Entlassung mit Pflege:				Termin: _____			
1. Pflegegrad vorhanden?	<input type="checkbox"/>			Transport geklärt? <input type="checkbox"/>	Taxischein ausgestellt? <input type="checkbox"/>		
I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>					Abholung durch die Klinik? <input type="checkbox"/>		
2. Pflegegrad notwendig?	<input type="checkbox"/>			3. Patientenüberleitungsbogen erstellt?	<input type="checkbox"/>		
3. Behandlungspflege notwendig?	<input type="checkbox"/>			4. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?	<input type="checkbox"/>		
4. Info / Verordnungsvorschlag an Hausarzt erfolgt?	<input type="checkbox"/>			Anlage: MRE <input type="checkbox"/>			
5. Pflegedienst vorhanden?	<input type="checkbox"/>			Psychiatrie/Sucht <input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welcher? _____				Heim / Kurzzeitpflege / Hospiz:			
_____				1. Pflegegrad beantragt?	<input type="checkbox"/>		
6. Pflegedienst informiert?	<input type="checkbox"/>			2. Pflegeeinrichtung bekannt?	<input type="checkbox"/>		
7. Patientenüberleitungsbogen erstellt?	<input type="checkbox"/>			Wenn ja, welche? _____			
8. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?	<input type="checkbox"/>			3. Patientenüberleitungsbogen erstellt?	<input type="checkbox"/>		
Anlage: MRE <input type="checkbox"/>				4. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?	<input type="checkbox"/>		
Psychiatrie/Sucht <input type="checkbox"/>				Anlage: MRE <input type="checkbox"/>			
				Psychiatrie/Sucht <input type="checkbox"/>			
				Info an Patient / Bezugsperson erfolgt?	<input type="checkbox"/>		

○ _____ **Patiententasche** _____ ○
 ○ _____ **Ablage** _____ ○