Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten | geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Adresse der weiterbehandelnden Praxis / Einrichtung

Medizinischer Kurzbericht

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

Ausführlicher Bericht folgt: ☐ ja ☐ nein

Behandelnder Arzt /Krankenhaus:

LOGO der Einrichtung/Praxis

Station:

Name:

Telefon, Fax:

Krankenhausaufenthalt von: bis:

Aufnahmegrund:

Diagnosen mit ICD-10

Medikation Aufnahme						**Medikation Entlassung** nach Abgleich mit Aufnahmemedikation				
Medikament	**morgens**	**mittags**	**abends**	**nachts**	**Änderung JA / NEIN**	**Medikamente / Wirkstoffe Veränderungen erfolgt**	**morgens**	**mittags**	**abends**	**nachts**

Befunde

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

☐ Sonstige: _____

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

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

Beantragte Leistungen ☐ Pflegestufe beantragt ☐ Rente 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 an ☐ Pflegeeinrichtung ☐ Bezugsperson ☐ Sonstige: _____

zur Durchführung der erforderlichen Behandlung ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

Datum

Name / Unterschrift Patientin / Patient /
gesetzl. Vertreterin / gesetzl. Vetreter

Stand: 29.10.2012