

Anlage 4 – Anhang 1c

Erfassungsbogen Entlassmanagement

Allgemeine Patientendaten				
Datum der Entlassung:				
Name der Entlass-Einrichtung:				
Name:				
Vorname:				
Alter:				
Geschlecht:				
Größe (in cm):				
Gewicht:				
	Antwort		Maßnahmen	
Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Liegt Patientenverfügung vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Liegt eine Betreuungsverfügung vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Liegt ein Pflegegrad (PG) vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
	PG <input type="checkbox"/>			
ggf. weitere Angaben:				
Vitaldaten	Messwerte		Maßnahmen	
Blutdruck:				
Puls:				
ggf. Blutzucker:				
ggf. weitere Angaben:				
Mobilität	Antwort		Maßnahmen	
SB-Ausweis vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Ist der Patient bettlägerig?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Ist der Patient in seiner Mobilität eingeschränkt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Sind Hilfsmittel vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
ggf. weitere Angaben:				
Medikationscheck	Antwort		Maßnahmen	
Medikamenteneinnahme gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Liegt aktueller KH-Medikationsplan vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Klagt der Patient über Schmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Liegt die Vermutung nahe, dass der Patient unter Arzneimittelwechselwirkungen leidet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
ggf. weitere Angaben:				
Hilfsmittel	Antwort			Maßnahmen
Pflegebett gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht notwendig <input type="checkbox"/>	
Tragen von Kompressionsstrümpfen gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht notwendig <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel für Inkontinenz gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht notwendig <input type="checkbox"/>	
Müssen ggf. weitere Hilfsmittel gesichert werden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	
ggf. weitere Angaben:				
Pflegerischer Zustand	Antwort			Maßnahmen
Wundversorgung gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht notwendig <input type="checkbox"/>	

Anlage 4 – Anhang 1c zum Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen in der Fassung der 11. Modifikation (ab 01.10.2021) unter Berücksichtigung der rechtsbereinigten Fassung sowie aller Vertragsänderungen (1. - 10. Modifikation)

Blutzuckerkontrollen gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht notwendig <input type="checkbox"/>	
Insulingabe gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht notwendig <input type="checkbox"/>	
Häusliche Krankenpflege gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht notwendig <input type="checkbox"/>	
ggf. weitere Angaben:				
Häusliche Umgebung/Ernährung	Antwort		Maßnahmen	
Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Ist der tägliche Flüssigkeitsbedarf gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Ist eine ausreichende Nahrungsaufnahme gesichert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Kann der Patient selbst Einkäufe vornehmen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Ist der Patient auf Dritte angewiesen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Kann der Patient das häusliche Umfeld aus eigenen Kräften in Ordnung halten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Besteht Sturzgefahr?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Hausnotruf vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
ggf. weitere Angaben:				

Datum der Erfassung: _____

Aufgenommen durch: _____