



Hausarztzentrierte Versorgung: Versorgungsmanagement Merkblatt für Patienten

Der Gesetzgeber will nach Krankenhausaufenthalten den reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege sicherstellen, um Pflegebedürftigkeit und Wiedereinweisung möglichst zu vermeiden und, wenn nötig, vernünftig abzustimmen (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Dies setzt einen Informationsaustausch zwischen dem Krankenhaus, dem Hausarzt und der Krankenkasse, eventuell auch mit anderen Fachärzten, Rehabilitations-, Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen und Pflegeberatern voraus. Ob dies so sein soll und wer im Einzelnen daran beteiligt sein soll, können Sie bestimmen. Sie werden dazu von Ihrem Hausarzt und von Ihrer Krankenkasse eingehend unterrichtet und beraten.

Unter den dann beteiligten Leistungserbringern und Ihrer Kranken- und Pflegekasse werden Ihre konkreten Daten zur stattgefundenen stationären Behandlung und deren Gründen und Ergebnissen (Befunde, Diagnosen, Empfehlungen),

- zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand
- zur Medikation
- zu Ihrer Arbeitsfähigkeit
- zur Pflege, Rehabilitation und Wiedereingliederung
- und soweit erforderlich zu ihrer sozialen Situation übermittelt.

Alle Beteiligten unterstehen dem Arztgeheimnis oder dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten bleiben folglich verlässlich innerhalb des von Ihnen und Ihrem Hausarzt und Ihrer Krankenkasse bestimmten Kreises und werden ausschließlich zweckgebunden verwendet, sodass ein Missbrauch Ihrer Daten ausgeschlossen ist.

Einwilligung zum Austausch der Patientendaten

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und erkläre hiermit meine Einwilligung zum Austausch der mich betreffenden Patientendaten im erforderlichen Umfang unter den Stellen, die am konkreten Versorgungsmanagement beteiligt sind.

Mein Hausarzt wird die grundlegenden Datenübermittlungen mit mir abstimmen. Ich überlasse ihm dann die konkrete Einzelentscheidung in den hier beschriebenen Grenzen, welche Daten an welche Stellen übermittelt werden.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Begründung mit sofortiger Wirkung gegenüber meinem Hausarzt widerrufen kann. Der Widerruf ändert aber nichts an der Rechtmäßigkeit des bis dahin erfolgten Datenaustauschs.

Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

Überleitungsbogen aus einer stationären Behandlung

Klinik:
Datum der Konsultation (mit Klinikarzt): _____

Stationäre Behandlung vom: _____ **bis:** _____

Haupt-Einweisungsdiagnose (ICD10): _____
Nicht verpflichtend

Haupt-Entlassungsdiagnose (ICD10): _____
ICD10 mit Diagnosesicherheit Seitenlokalisierung

Ist eine weitere stationäre Behandlung geplant? Nein Ja

Einweisung durch: Hausarzt
Nicht verpflichtend Notfall Selbsteinweisung Fremdeinweisung

Arbeitsunfähigkeit:

Besteht nach stationärem Aufenthalt weiterhin Arbeitsunfähigkeit?
 Nein Ja
 Entfällt, da nicht erwerbstätig

Wenn ja, bis wann? _____

Besteht die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung?
Nicht verpflichtend Nein Ja

Wenn ja, bis wann? _____

Rehabilitation:

Wurde eine medizinische Rehabilitation oder Anschluss-Rehabilitation bereits durch das Krankenhaus veranlasst? Nein Ja

Ist die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation notwendig? Nein Ja

Besteht geriatrischer Rehabilitationsbedarf? Nein Ja

Ist die medizinische Rehabilitation bereits beantragt? Nein Ja

Medikation:

Sind Änderungen der Medikation notwendig? nein ja, nach Aufenthalt

Nicht verpflichtend _____

Überleitungsbogen aus einer stationären Behandlung

Klinik:
Datum der Konsultation (mit Klinikarzt): _____

Häusliche Krankenpflege, Pflege:

- Ist die häusliche Versorgung gewährleistet? Nein Ja
 Zu Hause Pflegeeinrichtung Kurzzeitpflege
- Ist Häusliche Krankenpflege (HKP) oder eine Haushaltshilfe erforderlich? Nein Ja
- Ist eine Pflegeberatung durch die Krankenkasse erforderlich und vom Patienten gewünscht? Nein Ja
- Besteht Pflegebedarf nach der stationären Behandlung? Nein Ja
- Handelt es sich um einen Pflegefall? Nein Ja
- Wenn ja, Ist ein Antrag auf Pflege gestellt? Nein Ja
- Besteht eine gesetzliche Betreuung? Nein Ja
- Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt? Nein Ja

Heil- und Hilfsmittel:

- Heilmittel während stationärer Behandlung: Nein Ja
- Heilmittel nach stationärer Behandlung: Nein Ja
- Hilfsmittel nach stationärer Behandlung: Nein Ja

Welche? _____

Wurde weitere fachärztliche Behandlung veranlasst?

Nicht verpflichtend nein ja, im Fachgebiet: _____

Sonstiges/Bemerkungen

Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____