

Entlass-/Überleitungsbogen für außerklinische Intensivpflege

Formular 1 | 5



Deutsche Krankenversicherung

Kostenträger	
Anschrift:	_____
Telefon, Fax:	_____
Patient/in:	
Geburtsdatum:	_____
Krankenversicherungs-Nr.:	_____
Anschrift:	_____
Angehörige/r:	
Name, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
Telefon, Fax:	_____
Gerichtlich bestellte/r Betreuer/in:	
Name, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
Telefon, Fax:	_____
Entlassende Klinik:	
Name und Station:	_____
Telefon, Fax:	_____
Ansprechpartner:	_____
Hausarzt:	
Name, Vorname:	_____
Anschrift:	_____
Telefon / Fax:	_____
Weaningzentrum / Fachklinik:	
Anschrift:	_____
Kontaktaufnahme am:	_____
Mitbetreuender Arzt:	_____
Telefon, Fax:	_____
Versorgungsform:	
vollstationäre Einrichtung:	_____
Intensivpflegedienst:	_____
a) Häuslichkeit:	_____
b) Wohngemeinschaft:	_____

Entlass-/Überleitungsbogen für außerklinische Intensivpflege

Formular 2 | 5



Deutsche Krankenversicherung

Pflegegrad nach SGB XI:	<input type="checkbox"/> ja Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein beantragt am: <input type="checkbox"/> ja Höherstufung beantragt/erforderlich
Ist Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte AKI Verordnung analog Muster AKI 62A-C ausfüllen und beifügen.
Entlassungs-Diagnose:	
ICD 10	
Klartext	
Ggf. weitere Diagnosen	
Angaben zum Rehapotential:	Ist das Rehapotential ausgeschöpft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, warum? Bitte mit Stellungnahme des Klinikarztes:
Weaningpotential zum Zeitpunkt der Entlassung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, festgestellt am: durch das Weaningzentrum: Empfehlung zur Kontrolluntersuchung am:
Beatmungsgerät und Geräteeinstellung:	Artikelbezeichnung: Beatmungsmodus: Beatmungsparameter: IPAP: mbar EPAP (PEEP): mbar Atemfrequenz: /min
Bitte Kopie des aktuellen Beatmungsprotokolls beifügen.	Besonderheiten der Beatmungsgeräteeinstellung: Überprüfung der Einstellungen und Funktionen sowie der Wechsel von Zubehör (z.B. Schläuche, Filter) erfolgt durch: <input type="checkbox"/> Patienten selbst <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst
Beatmungsdauer innerhalb von 24 Stunden:	<input type="checkbox"/> tagsüber von bis Stunden <input type="checkbox"/> nachts von bis Stunden Anzahl der maschinell nicht unterstützten Spontanatmungsphasen: Maximaldauer: von bis Stunden
Absaugungen:	Häufigkeit innerhalb von 24 Stunden: <input type="checkbox"/> bis 10 x <input type="checkbox"/> 10-20 x <input type="checkbox"/> über 20 x Erfolgt durch: <input type="checkbox"/> Patienten selbst <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst

Entlass-/Überleitungsbogen für außerklinische Intensivpflege

Formular 3 | 5



Deutsche Krankenversicherung

Bewusstseinslage:	Ansprechbar: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Orientiert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zu: <input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Person
Bewusstseinslage:	Besteht die grundsätzliche Befähigung sich lautsprachlich zu äußern: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Muttersprache:
	Kommunikationsmittel:
Mobilität:	Mobilisiert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> bis zur Bettkante <input type="checkbox"/> in den Rollstuhl
	Stehfähig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung
	Gehfähig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Tracheostoma:	<input type="checkbox"/> seit: <input type="checkbox"/> dilatativ angelegtes Tracheostoma <input type="checkbox"/> chirurgisch angelegtes Tracheostoma
Trachealkanüle:	<input type="checkbox"/> einteilig (ohne Innenkanüle) <input type="checkbox"/> zweiteilig (mit Innenkanüle) <input type="checkbox"/> mit Manschette (Cuff) <input type="checkbox"/> ohne Manschette (Cuff) <input type="checkbox"/> gefenstert/gesiebt <input type="checkbox"/> Nutzung eines Sprechventils in der beatmungsfreien Zeit Artikelbezeichnung: Artikelnummer: Größe der Trachealkanüle: Letzter Wechsel der Trachealkanüle am: Tracheostomapflege (Häufigkeit innerhalb von 24 Stunden): Reinigung der Trachealkanüle (Häufigkeit innerhalb von 24 Stunden): Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit): Erfolgt durch <input type="checkbox"/> Patienten selbst <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegedienst
Kanülenwechsel:	Erfolgt durch <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegefachpersonal
Beatmungsgerät:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (siehe Formular 2)

Wichtige Informationen zur Hilfsmittelversorgung

Rund-um-Service: Von der Beratung, Klärung der Kostenübernahme bis hin zur schnellen Lieferung - unsere Kooperationspartner kümmern sich um alles: www.dkv.com/hilfsmittelpartnersuche

- Bitte geben Sie die PLZ des Kunden ein und wählen Sie als Suchbegriff „Hilfsmittel zur außerklinischen Intensivpflege“ aus. Hierunter finden Sie unsere Partner für die Medizintechnik und Homecare Versorgung.
- Partner im Bereich der Rehathechnik finden Sie unter dem jeweiligen Hilfsmittel (z. B. Rollstühle).

Datenschutz

Die Entlassung soll gut organisiert und die Kostenübernahme schnellstmöglich geklärt werden. Hierfür benötigen wir das Einverständnis unseres Kunden bzw. des Bevollmächtigten. Bitte schicken Sie die Anlage „Einverständnis des Versicherten“ immer mit. Vielen Dank!

Entlass-/Überleitungsbogen für außerklinische Intensivpflege

Formular 4 | 5



Deutsche Krankenversicherung

Blutgasanalyse:	Datum:	Datum:
	Ohne O ₂ (wenn möglich)	Unter O ₂ -Gabe (l/min):
	ohne Beatmung mit Beatmung	ohne Beatmung mit Beatmung
	_____	_____
PaO ₂	_____	_____
PaCO ₂	_____	_____
pH	_____	_____
Sauerstoff-Insufflation:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, während der Beatmung oder <input type="checkbox"/> im beatmungsfreien Intervall	
	Angaben zur täglichen Nutzungsdauer (in Stunden):	
	Flussrate in Ruhe (l/min):	
	Flussrate unter Belastung (l/min):	
	Flussrate unter Beatmung (l/min):	
	Flussrate im beatmungsfreien Intervall (l/min):	
Sauerstofftherapiegerät:	Angaben zur täglichen Mobilität außer Haus (in Stunden):	
	Demandfähigkeit vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Stationärer Sauerstoffkonzentrator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Mobiler Sauerstoffkonzentrator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Druckminderer mit Druckgasflaschen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Flüssigsauerstoffsystem (stationär und mobil) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Atemgasbefeuchtung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv	
	<input type="checkbox"/> während der invasiven Beatmung	
	Artikelbezeichnung:	
	<input type="checkbox"/> im beatmungsfreien Intervall	
Überwachungsgerät:	Artikelbezeichnung:	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Artikelbezeichnung:	
Absauggeräte:	Begründung:	

	<input type="checkbox"/> Netzabhängiges Absauggerät	
	Artikelbezeichnung:	
<input type="checkbox"/> Netzunabhängiges Absauggerät		
Artikelbezeichnung:		

Entlass-/Überleitungsbogen für außerklinische Intensivpflege

Formular 5 | 5



Deutsche Krankenversicherung

Hustenassistent:

nein ja

Therapiewerte:

Inspirationsdruck (in mbar):

Expirationsdruck (in mbar):

Inspirationszeit (in Sekunden):

Expirationszeit (in Sekunden):

Pause (in Sekunden):

Flow:

Inhalationsgerät:

nein ja

Artikelbezeichnung:

Inhalation

im beatmungsfreien Intervall während der Beatmung

obere Atemwege untere Atemwege

Partikelgröße im Durchmesser:

Inhalation:

Was wird vernebelt oder inhaliert?

Medikament:

Häufigkeit der Inhalation (pro Tag):

Zeitdauer der einzelnen Inhalation (in Minuten):

Vorbereitung der Inhalation erfolgt durch:

Patienten selbst Angehörige Pflegedienst

Anwesenheit bei der Inhalation durch: Angehörige Pflegedienst erforderlich

PEG-Versorgung via:

Schwerkraft Ernährungspumpe

Zusätzliche orale Ernährung? nein ja, Kostform und Menge:

Sonstige Hilfsmittel:

nein ja, folgende:

Folgende Anbieter wurden beauftragt:

Medizintechnik:

Tel:

Tel:

Homecare:

Tel:

Tel:

Rehatechnik:

Tel:

Tel: