

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztlicher Kurzbericht

Patientenüberleitung Nordrhein

Ausführlicher Bericht folgt: ja nein

Behandelnder Arzt / Krankenhaus:

Station:

Name:

Telefon, Fax:

Krankenhausaufenthalt von:

bis:

Aufnahmegrund:

Adresse der weiterbehandelnden Praxis / Einrichtung:

Diagnosen mit ICD-10:

Befunde:

- EKG Röntgen Labor Sono Echo Doppler CT MRT Endoskopie OP
 Sonstige: _____

Mitgegebene Unterlagen: Labor Vorberichte Bilder Arztbrief Sonstiges: _____
(z.B. Anlage MRE)

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

Beantragte Leistungen: Pflegestufe beantragt Reha 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 zur Durchführung der erforderlichen Behandlung einverstanden nicht einverstanden

Die Daten sollen übersandt werden an:

- Pflegeeinrichtung zur Durchführung der erforderlichen Pflege Krankenhaus behandelnden Arzt Hausarzt
 MDK zum Zweck der Feststellung der Pflegebedürftigkeit Bezugsperson Sonstige: _____

Datum Name / Unterschrift Patientin / Patient /
gesetzl. Vertreterin / gesetzl. Vertreter