

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:

☐ ja Pflegegrad:

☐ nein beantragt am:

☐ ja Höherstufung beantragt/erforderlich

**Ist Häusliche Krankenpflege
nach § 37 SGB V erforderlich?**

☐ ja ☐ 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? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum? Bitte mit Stellungnahme des Klinikarztes:

**Weaningpotential
zum Zeitpunkt der
Entlassung:**

☐ nein ☐ ja, festgestellt am:

durch das Weaningzentrum:

Empfehlung zur Kontrolluntersuchung am:

**Beatmungsgerät und
Geräteeinstellung:**

Bitte Kopie des aktuellen
Beatmungsprotokolls
beifügen.

Artikelbezeichnung:

Beatmungsmodus:

Beatmungsparameter:

IPAP: mbar EPAP (PEEP): mbar Atemfrequenz: /min

Besonderheiten der Beatmungsgeräteeinstellung:

Überprüfung der Einstellungen und Funktionen sowie der Wechsel von Zubehör
(z. B. Schläuche, Filter) erfolgt durch:

☐ Patienten selbst ☐ Angehörige ☐ Pflegedienst

**Beatmungsdauer
innerhalb von 24 Stunden:**

☐ tagsüber von bis Stunden

☐ nachts von bis Stunden

Anzahl der maschinell nicht unterstützten Spontanatmungsphasen:

Maximaldauer: von bis Stunden

Absaugungen:

Häufigkeit innerhalb von 24 Stunden:

☐ bis 10 x ☐ 10–20 x ☐ über 20 x

Erfolgt durch:

☐ Patienten selbst ☐ Angehörige ☐ Pflegedienst

Entlass-/Überleitungsbogen für außerklinische Intensivpflege

Formular 3 | 5



Deutsche Krankenversicherung

Bewusstseinslage:	Ansprechbar: ☐ nein ☐ ja
	Orientiert: ☐ nein ☐ ja, zu: ☐ Ort ☐ Zeit ☐ Person
Bewusstseinslage:	Besteht die grundsätzliche Befähigung sich lautsprachlich zu äußern: ☐ nein ☐ ja, Muttersprache:
	Kommunikationsmittel:
Mobilität:	Mobilisiert: ☐ nein ☐ ja, ☐ bis zur Bettkante ☐ in den Rollstuhl
	Stehfähig: ☐ nein ☐ ja, ☐ selbständig ☐ mit Unterstützung
	Gehfähig: ☐ nein ☐ ja, ☐ selbständig ☐ mit Unterstützung
Tracheostoma:	☐ seit:
	☐ dilatativ angelegtes Tracheostoma
	☐ chirurgisch angelegtes Tracheostoma
Trachealkanüle:	☐ einteilig (ohne Innenkanüle) ☐ zweiteilig (mit Innenkanüle)
	☐ mit Manschette (Cuff) ☐ ohne Manschette (Cuff)
	☐ gefenstert/gesiebt
	☐ 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
	☐ Patienten selbst ☐ Angehörige ☐ Pflegedienst
Kanülenwechsel:	Erfolgt durch
	☐ Arzt ☐ Pflegefachpersonal
Beatmungsgerät:	☐ nein ☐ 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 Reha-technik 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:
PaO ₂	Ohne O ₂ (wenn möglich)	Unter O ₂ -Gabe (l/min):
PaCO ₂	ohne Beatmung mit Beatmung	ohne Beatmung mit Beatmung
pH		
Sauerstoff-Insufflation:	☐ nein ☐ ja, während der Beatmung oder ☐ im beatmungsfreien Intervall	
	Angaben zur täglichen Nutzungsdauer (in Stunden):	
	Flussrate in Ruhe (l/min):	
	Flussrate unter Belastung (l/min):	
	Flussrate unter Beatmung (l/min):	
Sauerstofftherapiegerät:	Flussrate im beatmungsfreien Intervall (l/min):	
	Angaben zur täglichen Mobilität außer Haus (in Stunden):	
	Demandfähigkeit vorhanden? ☐ ja ☐ nein	
	Stationärer Sauerstoffkonzentrator ☐ ja ☐ nein	
	Mobiler Sauerstoffkonzentrator ☐ ja ☐ nein	
Atemgasbefeuchtung:	Druckminderer mit Druckgasflaschen ☐ ja ☐ nein	
	Flüssigsauerstoffsystem (stationär und mobil) ☐ ja ☐ nein	
	☐ nein ☐ ja, und zwar ☐ passiv ☐ aktiv	
	☐ während der invasiven Beatmung	
	Artikelbezeichnung:	
Überwachungsgerät:	☐ im beatmungsfreien Intervall	
	Artikelbezeichnung:	
	☐ nein ☐ ja	
	Artikelbezeichnung:	
	Begründung:	
Absauggeräte:	☐ Netzabhängiges Absauggerät	
	Artikelbezeichnung:	
	☐ 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:

☐ nein ☐ ja

Artikelbezeichnung:

Inhalation

☐ im beatmungsfreien Intervall ☐ während der Beatmung

☐ obere Atemwege ☐ untere Atemwege

Partikelgröße im Durchmesser:

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:

☐ nein ☐ ja, folgende:

Sonstige Hilfsmittel:

Folgende Anbieter wurden
beauftragt:

Medizintechnik:

Tel:

Tel:

Homecare:

Tel:

Tel:

Rehatechnik:

Tel:

Tel: