

Formularzusatzbogen

zwecks Untersuchung einer geplanten Formularänderung/-ergänzung

Verordnung von Krankenhausbehandlung
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

2. Seite für den Krankenhausarzt

Bitte diesen Bogen nach Beantwortung weiterleiten an Patientenabteilung, Herrn Obenauer (Tel.: 501-3050)

Patient: Geburtsjahr: Geschlecht: m w

Modifizierte und neue Formularfelder

Einweisungsdiagnose (ICD-Schlüsselnr.)

- (Bitte ausfüllen)*
- Notfall
 - Unfall, Unfallfolgen
 - geplante stationäre Behandlung
 - Versorgungsleiden (BVG)

Gründe für die Einweisung (mindestens 1 Kriterium benennen)

Notfall	Geplante stationäre Behandlung	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neurologische Störung <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufstörung <input type="checkbox"/> akute Blutung <input type="checkbox"/> Suizidalität <input type="checkbox"/> Sonstiges: <p>_____</p> <p>Bitte nennen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ambulante Versorgung nicht durchführbar</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nicht beherrschbare Schmerzen <input type="checkbox"/> Palliativtherapie <input type="checkbox"/> Überwachungspflichtige Erkrankung <input type="checkbox"/> Relevante Begleiterkrankung bzw. Multimorbidität <input type="checkbox"/> Sonstiges: <p>_____</p> <p>Bitte nennen</p> <p>_____</p>	<p>Soziales Umfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> fehlende Kommunikation <input type="checkbox"/> fehlende Versorgung <input type="checkbox"/> Sonstiges: <p>_____</p> <p>Bitte nennen</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Nebendiagnose(n) (ICD-Schlüsselnr.): _____</p> <p style="text-align: right;"><small>Bitte nennen</small></p>		
<p>Ggf. vorgeschlagene Behandlung: _____</p> <p style="text-align: right;"><small>Bitte nennen</small></p>		

(laufende Formularnummer)

Formularzusatzbogen

zwecks Untersuchung einer geplanten Formularänderung/-ergänzung

**Verordnung von
Krankenhausbehandlung**
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

2. Seite für den Krankenhausarzt - Bitte dieses Blatt mit Ihrer Beurteilung krankenhausernen weiterleiten

Patient: Geburtsjahr: Geschlecht: m w

Modifizierte und neue Formularfelder

Hauptdiagnose (ICD-Schlüssel)

Nebendiagnose (ICD-Schlüssel)

vorgeschlagene Behandlung

Notfall-
behandlung *(Bitte ausfüllen)*

Unfall,
Unfallfolgen

Versorgungsleiden
(BVG)

Gründe für die geplante stationäre Behandlung

(mind. 1 Kriterium benennen)

A. Klinisch relevante Begleiterkrankung

- Bedeutsame Lungenfunktionsstörung
- Gerinnungsstörung
- Blutkrankheit
- Koronarsyndrom
- Herzinsuffizienz III/IV
- Anamnestisch maligne Hyperthermie

Sonstige überwachungspflichtige Behandlung:

Bitte nennen

B. Besondere postoperative Risiken

- OP außerhalb des Katalogs nach § 115 b SGB V*
- Patient > 8 Std. nach OP überwachungspflichtig

C. Soziale Faktoren, die eine ambulante Versorgung postoperativ gefährden

- Fehlende Kommunikation
- Fehlende Versorgung im Haushalt, die auch nicht durch häusliche Krankenpflege sichergestellt werden kann

Gründe für die Notfalleinweisung

(mind. 1 Kriterium benennen)

A. Schwere der Erkrankung

- Bewusstlosigkeit
- Verwirrheitszustand
- Akute Lähmung
- Akuter Sehverlust
- Akuter Hörverlust
- Pulsfrequenz < 50/min
- Pulsfrequenz > 140/min
- unklares Fieber
- RR systol. < 90 > 200 mm HG
- RR diastol. < 60 > 120 mm HG
- Akute Blutung
- Koronarsyndrom

Andere akute Funktionsstörung:

Bitte nennen

B. Erhöhter Behandlungsaufwand

- Kontinuierliche intravenöse
Medikation/Infusion
- Sofortige OP
- (außer OP gem. § 115 b SGB V)**
- Kontinuierliche intensive
Überwachung
- Kontinuierliche assistierte
oder kontrollierte Beatmung...

C. Sonstige Indikation

Akute Symptome:

Bitte nennen

**primär ambulant durchzuführende OP*



Formularzusatzbogen

zwecks Untersuchung einer geplanten Formularänderung/-ergänzung

Verordnung von Krankenhausbehandlung
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

1. Seite für den Vertragsarzt

Bitte dieses Blatt an das Zentralinstitut senden und die Durchschrift zusammen mit der Durchschrift des Originaleinweisungsformulars an die teilnehmenden Kliniken übermitteln.

Patient: Geburtsjahr: Geschlecht: m w

Modifizierte und neue Formularfelder

Einweisungsdiagnose (ICD-Schlüsselnr.) _____	<input type="checkbox"/> Notfall	<input type="checkbox"/> geplante stationäre Behandlung
	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)

(Bitte ausfüllen)

Gründe für die Einweisung (mindestens 1 Kriterium benennen)

Notfall	Geplante stationäre Behandlung	
<input type="checkbox"/> Neurologische Störung <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufstörung <input type="checkbox"/> akute Blutung <input type="checkbox"/> Suizidalität <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Bitte nennen _____ _____ _____	Ambulante Versorgung nicht durchführbar <input type="checkbox"/> Nicht beherrschbare Schmerzen <input type="checkbox"/> Palliativtherapie <input type="checkbox"/> Überwachungspflichtige Erkrankung <input type="checkbox"/> Relevante Begleiterkrankung bzw. Multimorbidität <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Bitte nennen _____	Soziales Umfeld <input type="checkbox"/> fehlende Kommunikation <input type="checkbox"/> fehlende Versorgung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Bitte nennen _____ _____
	Nebendiagnose(n) (ICD-Schlüsselnr.): _____ Bitte nennen	
	Ggf. vorgeschlagene Behandlung: _____ Bitte nennen	

<h1 style="margin: 0;">Formularzusatzbogen</h1> <p style="margin: 0; font-size: small;">zwecks Untersuchung einer geplanten Formularänderung/-ergänzung</p>	<h2 style="margin: 0;">Verordnung von Krankenhausbehandlung</h2> <p style="margin: 0; font-size: small;">(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</p>
---	---

2. Seite für den Krankenhausarzt - Bitte dieses Blatt mit Ihrer Beurteilung krankenhausesintern weiterleiten

Patient: Geburtsjahr: Geschlecht: m w **Modifizierte und neue Formularfelder**

Einweisungsdiagnose (ICD-Schlüsselnr.) _____ _____	<div style="text-align: right; font-size: x-small;">(Bitte ausfüllen)</div> <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> geplante stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)
--	--

Gründe für die Einweisung (mindestens 1 Kriterium benennen)

Notfall	Geplante stationäre Behandlung	
<input type="checkbox"/> Neurologische Störung <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufstörung <input type="checkbox"/> akute Blutung <input type="checkbox"/> Suizidalität <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Bitte nennen _____ _____ _____ _____	Ambulante Versorgung nicht durchführbar <input type="checkbox"/> Nicht beherrschbare Schmerzen <input type="checkbox"/> Palliativtherapie <input type="checkbox"/> Überwachungspflichtige Erkrankung <input type="checkbox"/> Relevante Begleiterkrankung bzw. Multimorbidität <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Bitte nennen _____ _____	Soziales Umfeld <input type="checkbox"/> fehlende Kommunikation <input type="checkbox"/> fehlende Versorgung <input type="checkbox"/> Sonstiges: Bitte nennen _____ _____ _____
Nebendiagnose(n) (ICD-Schlüsselnr.): _____ Bitte nennen		
Ggf. vorgeschlagene Behandlung: _____ Bitte nennen		