

Bedarfsfeststellung Übergangspflege und Therapieziele

Frau / Herr

Zuname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Vers. Nr. _____

Postleitzahl, Ort, Straße, Nr.:

Aufenthalt im Krankenhaus _____ seit: _____

Begründung des Bedarfs an rehabilitativer Übergangspflege

Ziele der rehabilitativen Übergangspflege (Welche konkreten Fähigkeiten/Ziele sollen erreicht werden?)

Beschreibung der geplanten Betreuung und Pflege nach dem befristeten Aufenthalt im häuslichen Umfeld?

Ansprechperson für die Organisation der Übernahme in die häusliche Betreuung und Pflege?

Richtlinien Übergangspflege wurden ausgefolgt:

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift der Ansprechperson

Ort, Datum

Unterschrift des Entlassungsmanagements