

Dokumentationsbogen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Allgemeine Angaben

Patient _____ geb.: _____

Erstverordnung ☐

Folgeverordnung ☐

Genehmigte Anzahl: _____ Genehmigte Dauer: _____

Art der genehmigten sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen:

Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung

ja ☐ nein ☐

Koordinierung der verordneten Leistungen

ja ☐ nein ☐

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

ja ☐ nein ☐

Beginn am: _____ Ende am: _____

Analyse des Versorgungsbedarfs

Datum	Dauer (Angaben in Minuten) ¹	Beschreibung der Maßnahmen ²	Ort der Leistungserbringung ³	Form der Leistungserbringung ⁴	Ergebnis der Maßnahme	Ggf. Anmerkung zur Durchführung, Probleme	Unterschrift	Nach-sorge-mitar-beiter Kürzel ⁵

¹ Ohne Fahrzeiten.

² Gemäß Ziffer 3 der "Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V"

³ z.B. Krankenhaus, Nachsorgeeinrichtung, häusliche Umgebung

⁴ z.B. persönlich, telefonisch, schriftlich

⁵ Kinderkrankenschwester/-pfleger (K), Diplom-SozialarbeiterIn (SA), Diplom-Sozialpädagoge(in) (SP), Diplom-Psychologe(in) (P), Facharzt/-ärztin (F)

Koordinierung der verordneten Leistungen

Datum	Dauer (Angaben in Minuten) ¹	Beschreibung der Maßnahmen ²	Ort der Leistungs- erbringung ³	Form der Lei- stungs- erbringung ⁴	Ergebnis der Maßnahme	Ggf. Anmer- kung zur Durchfüh- rung, Pro- bleme	Unter- schrift	Nach- sorge- mitar- beiter Kürzel ⁵

¹ Ohne Fahrzeiten.

² Gemäß Ziffer 3 der "Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V"

³ z.B. Krankenhaus, Nachsorgeeinrichtung, häusliche Umgebung

⁴ z.B. persönlich, telefonisch, schriftlich

⁵ Kinderkrankenschwester/-pfleger (K), Diplom-SozialarbeiterIn (SA), Diplom-Sozialpädagoge(in) (SP), Diplom-Psychologe(in) (P), Facharzt/-ärztin (F)

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

Da- tum	Dauer (Anga- ben in Minuten) ¹	Beschreibung der Maßnahmen²	Ort der Leistungs- erbringung³	Form der Lei- stungs- erbringung⁴	Ergebnis Maßnahme	Ggf. Anmer- kung zur Durchführung, Probleme	Unter- schrift	Nach- sorge- mitar- beiter Kürzel⁵

¹ Ohne Fahrzeiten.

² Gemäß Ziffer 3 der "Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V"

³ z.B. Krankenhaus, Nachsorgeeinrichtung, häusliche Umgebung

⁴ z.B. persönlich, telefonisch, schriftlich

⁵ Kinderkrankenschwester/-pfleger (K), Diplom-SozialarbeiterIn (SA), Diplom-Sozialpädagoge(in) (SP), Diplom-Psychologe(in) (P), Facharzt/-ärztin (F)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.