

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: _____

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 Leistungs- 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)

