

Die nachstehenden Patientendaten übermitteln wir, nachdem der Patient nach § 39 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit dem Rahmenvertrag Entlassmanagement informiert wurde und in die nachstationäre Versorgung durch sie schriftlich bzw. elektronisch eingewilligt hat.

Klinik \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner Klinik \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Station \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Entlassungsdatum \_\_\_\_\_  
Vor-, Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Patienten-Tel. \_\_\_\_\_  
Betreuer-Tel. \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Weiterbehandelnder Arzt \_\_\_\_\_

## Therapieempfehlung Wundversorgung

Diagnose \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Intervall VW \_\_\_\_\_

Pflegedienst notwendig? Ja  Nein

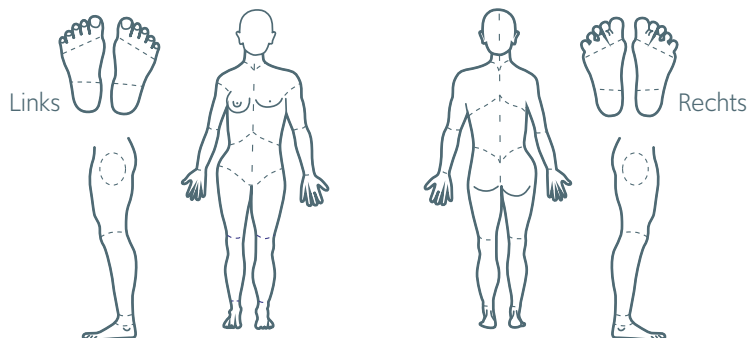
Pflegedienst vorhanden? Ja  Nein

Wenn ja, welcher \_\_\_\_\_

Selbstanleitung oder Anleitung eines Angehörigen notwendig? Ja  Nein

### Lokalisation

Wunde einzeichnen (bei mehreren Wunden nummerieren)



Aus: A. Mader et al. (2016): Praktisches Wundmanagement. Patientenorientiert handeln – kompetent überleiten. Sonja Seeber (2020) ©

### Einverständnis für die Überleitung an KCW

Ja  Nein

### Multiresistente Erreger

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

### Zusätzliche Maßnahmen und vorhandene wundbezogene Hilfsmittel:

Kompression (Art): \_\_\_\_\_

- Spezielle Schuhe
- Orthesen
- Druckverteilende Matratzen
- Sitzkissen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel  
Aussteller/Ansprechpartner

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel  
Patient/Betreuer