

# 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) <sup>1</sup>	Beschreibung der Maßnahmen <sup>2</sup>	Ort der Leistungserbringung <sup>3</sup>	Form der Leistungserbringung <sup>4</sup>	Ergebnis der Maßnahme	Ggf. Anmerkung zur Durchführung, Probleme	Unterschrift	Nach- sorge- mitar- beiter Kürzel <sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Ohne Fahrzeiten.  
<sup>2</sup> Gemäß Ziffer 3 der "Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V"  
<sup>3</sup> z.B. Krankenhaus, Nachsorgeeinrichtung, häusliche Umgebung  
<sup>4</sup> z.B. persönlich, telefonisch, schriftlich  
<sup>5</sup> 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) <sup>1</sup>	Beschreibung der Maßnahmen <sup>2</sup>	Ort der Leistungserbringung <sup>3</sup>	Form der Leistungserbringung <sup>4</sup>	Ergebnis der Maßnahme	Ggf. Anmerkung zur Durchführung, Probleme	Unterschrift	Nachsorge-mitarbeiter Kürzel <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ohne Fahrzeiten.

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

<sup>3</sup> z.B. Krankenhaus, Nachsorgeeinrichtung, häusliche Umgebung

<sup>4</sup> z.B. persönlich, telefonisch, schriftlich

<sup>5</sup> 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

<b>Da- tum</b>	<b>Dauer</b> (Anga- ben in Minuten) <sup>1</sup>	<b>Beschreibung der Maßnahmen<sup>2</sup></b>	<b>Ort der Leistungs- erbringung<sup>3</sup></b>	<b>Form der Lei- stungs- erbringung<sup>4</sup></b>	<b>Ergebnis Maßnahme</b>	<b>Ggf. Anmer- kung zur Durchführung, Probleme</b>	<b>Unter- schrift</b>	<b>Nach- sorge- mitar- beiter Kürzel<sup>5</sup></b>

<sup>1</sup> Ohne Fahrzeiten.

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

<sup>3</sup> z.B. Krankenhaus, Nachsorgeeinrichtung, häusliche Umgebung

<sup>4</sup> z.B. persönlich, telefonisch, schriftlich

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

