

Name:		
Geburtsdatum:	Aufnahmedatum:	geplantes Entlassungsdatum:

1. Kontaktdaten wichtiger Ansprechpartner für die Entlassplanung

Angehörige (Hauptansprechpartner)	
Ambulante Pflege-/Betreuungsdienste	
Haus- und Fachärzte	
Hospiz/Palliativeinrichtung	
Ambulante Heilmittelerbringer	
Hilfsmittel-Lieferanten	
Ansprechpartner: Pflege- bzw. Krankenkasse	
Ansprechpartner: zuständiger Sozialhilfeträger	
MDK/MedicProof	
Rechtliche Betreuer/Vorsorgevollmächtigte	
Sonstige	

2. Aktivitäten der Entlassplanung

2.1. Ergebnisse der Beratung mit der pflegebedürftigen Person und Anderer zur weiterführenden Versorgung Hdz.

am:	
mit:	
am:	
mit:	
am:	
mit:	

2.2. Ergebnisse von Abstimmungen mit weiteren Ansprechpartnern (siehe 1.) Hdz.

am:	
mit:	
am:	
mit:	
am:	
mit:	

2.3. Angestrebte weitere Versorgung Hdz.

Datum des Eintrags:	
Bisherige häusliche Umgebung	Vollstationäre Langzeitpflege
Andere (z.B. Angehörige, Nachbarn)	Sonstige Pflegeinstitution (z.B. betreutes Wohnen)
Rehabilitationseinrichtung	Hospiz/Palliativeinrichtung
Krankenhaus	Sonstige:

2.4. Erforderliche Maßnahmen zur Vorbereitung Hdz.

am:	
mit:	
am:	
mit:	
am:	
mit:	
Transportkosten geklärt?	

3. Wohin wurde der/die pflegedürftige Person entlassen? Hdz.

Datum des Eintrags:	
Bisherige häusliche Umgebung	Vollstationäre Langzeitpflege
Andere (z.B. Angehörige, Nachbarn)	Sonstige Pflegeinstitution (z.B. betreutes Wohnen)
Rehabilitationseinrichtung	Hospiz/Palliativeinrichtung
Akutkrankenhaus	Sonstige:

4. Informationen zum langfristigen Verbleib der pflegebedürftigen Person:

--