

# Vorbereitung der Entlassung

Lieber Patient, liebe Patientin,

wir möchten, dass Sie optimal für die Zeit nach der Entlassung vorbereitet sind. Deshalb haben wir Ihnen einige Punkte zusammengestellt, die Sie für die Entlassung kennen sollten.

**1. Ist Ihre Entlassung geplant?**

- Ja, am \_\_\_\_\_ (Datum)  
 Nein

**2. Wie lautet Ihre Diagnose?**

\_\_\_\_\_

**3. Sind Sie bereits in Betreuung? (Pflegeeinrichtung, ambulante Pflege, Pflegepersonen etc.)**

- Ja \_\_\_\_\_ (Art der Betreuung)  
 Nein

**4. Kennen Sie Ihren weiterbehandelnden Arzt?**

- Ja \_\_\_\_\_ (Name)  
 Nein

**5. Wenn ja, wurde dieser bereits informiert?**

- Ja  
 Nein

**6. Ist eine Anschlussversorgung erforderlich? (Reha oder andere Maßnahmen der Klinik)**

- Ja \_\_\_\_\_ (Art der Versorgung)  
 Nein

**7. Sind Ihre Angehörigen informiert, falls Sie Hilfe benötigen?**

- Ja  
 Nein

# Vorbereitung der Entlassung

**Folgende Punkte können wichtig sein, wenn Sie aus der Klinik entlassen werden.**

**Lassen Sie sich unbedingt von Ihrer Klinik beraten:**

- ◆ Heilmittel (z.B. Physiotherapie, andere physikalische Therapien, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, podologischen Therapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie)
- ◆ Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. Rollatoren, Krücken, Schmerzpumpe)

**TIPP:** Fragen Sie rechtzeitig vor der Entlassung nach einer Verordnung für Hilfsmittel inklusive Fachberatung (Stomatherapeut, Wundmanager, Diabetesberatung)!

- ◆ Medikamenteneinnahme

**TIPP:** Fragen Sie rechtzeitig vor der Entlassung nach einem Rezept für die benötigten Medikamente für den Tag der Entlassung!

- ◆ Pflegebedürftigkeit (z.B. Pflegegrad, Pflegedienst)

**TIPP:** Benötigen Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung? Fragen Sie das Klinikpersonal danach!

**8. Haben Sie alle wichtigen Dokumente/Antragsunterlagen erhalten? (z.B. für Weiterbehandler, Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie)**

- Ja  
 Nein

**Der Tag der Entlassung**

**9. Kennen Sie die nächste Station nach Ihrem Aufenthalt?**

- Eigene Häuslichkeit  
 Anderes Krankenhaus  
 Rehabilitationsklinik  
 Ambulante Rehabilitation  
 Betreutes Wohnen  
 Kurzzeitpflegeeinrichtung  
 Vollstationäre Pflegeeinrichtung

**10. Kennen Sie den Namen der Einrichtung?**

- Ja \_\_\_\_\_ (Name der Einrichtung)  
 Nein

**11. Haben Sie alle nötigen Unterlagen erhalten? (Entlassbrief, Medikationsplan, Transportschein)**

- Ja \_\_\_\_\_ (Art der Unterlagen)  
 Nein

**TIPP:** Fragen Sie in der Klinik, ob Sie Anspruch auf einen Transportschein haben!