

BKK					
Name, Vorname des Versicherten					
					geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum		

Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V zwischen HÄV RLP und BKK LV Mitte

Anlage 7 - Indikationsbezogene Leistungen und Module

**Modul 7.5 Anlage E Versorgungs- und Entlassmanagement
Telefaxmitteilung Versorgungsmanagement**

Telefon-Nr. Ansprechpartner z.B. Angehöriger: _____ Name: _____ Telefon-Nr. Patient: _____

**Ausgefülltes Formular bitte faxen an:
BKK: 06131-330571**

1. Grund der Inanspruchnahme

- Wundversorgung
- Krankenhaus-Vermeidung
- Krankenhausaufenthalt
- Pflegeheim
- Reha-Maßnahme
- Verhinderungspflege
- Drehtürpatient
- Demenzerkrankung
- Betreuung
- Suchterkrankung
- Versorgungsproblem: _____
- Sonstiges: _____

2. Ist-Situation des Patienten

- stationäre Pflege
- lebt alleine zu Hause
- lebt in Familie

3. Derzeitige Versorgung

- Betreuung eingerichtet
- Leistungen durch Sozialstation
- durch Familie/Tagespflege
- Sonstiges _____

Diagnose: _____

Sonstiges: _____
z.B. bereits veranlasste Leistungen oder getroffene Maßnahmen zur Problemlösung

Ärztlicher Ansprechpartner: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____ Mail: _____

Unterschrift des Arztes / Stempel der Praxis