

Ärztlicher Entlassungsbericht

Bl. 1

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|
| Versicherungsnummer | | | | | Kennzeichen | | | | |
| Patientin / Patient (Name, Vorname) | | | | | | | | | |
| Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten | | | | | | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | | | | | | | |
| Postleitzahl | | | | | Wohnort | | | | |
| Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|
| MSAT / MSNR | | | | | | | | | |
| Rehabilitationseinrichtung | | | | | | | | | |
| Abteilung | | | | | | | | | |
| IK-NR | | | | | Abt.-NR | | | | |

Aufnahmedatum

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Entlassungsdatum

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Art der Durchführung

1 = stationär
2 = ganztägig ambulant
3 = ambulant

Besondere Behandlungsformen

0 = keine
1 = MBOR
2 = MBOR und VOR
3 = VOR
9 = Sonstige

Diagnosen

| | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM | Seitenlokal. | Diagn. Sicherh. | Beh. Ergebn. | Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseitig | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|-----------------|--------------|---|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|
| 1. | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | Diagnosesicherheit A = Ausgeschl. Diagn. V = Verdachtsdiagn. Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagn. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | Behandlungsergebnis 0 = 1 - 3 trifft nicht zu 1 = gebessert 2 = unverändert 3 = verschlechtert |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschlüsselung

Krankheitsursache

0 = 1 - 5 trifft nicht zu
1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolge
4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung

Entlassungsform

1 = regulär
2 = vorzeitig auf ärztl. Veranlassung
3 = vorzeitig mit ärztl. Einverständnis
4 = vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis
5 = disziplinarisch
6 = verlegt
7 = Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha
9 = gestorben

Arbeitsfähigkeit

0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben
1 = arbeitsfähig
3 = arbeitsunfähig
4 = Kinder-Reha
9 = Beurteilung nicht erforderlich (z. B. Altersrentner, Angehöriger, nicht berufstätig)

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme

0 = keine
1 = bis unter 3 Monate
2 = 3 bis unter 6 Monate
3 = 6 und mehr Monate
9 = nicht erwerbstätig

AU bei Aufnahme

1 = ja
2 = nein

Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung: Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

| Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen | Rentenversicherung | Patienten |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung | <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP | <input type="checkbox"/> Rehabilitations-sport | <input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung |
| <input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge | |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente | <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen | |
| <input type="checkbox"/> Suchtberatung | <input type="checkbox"/> Funktions-training | |
| <input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie | | |

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:

Ausfertigungsdatum

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Ort

Versions-Nr.

0 5

Die Freigabe hat Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. _____

Name der leitenden Ärztin / des leitenden Arztes

Name der Ärztin / des Arztes

Name der Ärztin / des Arztes

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Patientin / Patient (Name, Vorname) | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|--------------|

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

| | |
|---|---|
| Bezeichnung der Tätigkeit <small>(weitere Ausführungen auf Blatt 2)</small> | <input type="checkbox"/> Beschäftigung besteht |
| Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann. | <input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden |

B. Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)
Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

1. **Positives** Leistungsvermögen: Folgende Arbeiten können verrichtet werden

Körperliche Arbeitsschwere schwere Arbeiten mittelschwere leichte bis mittelschwere leichte

Arbeitshaltung im Stehen im Gehen im Sitzen

ständig über-wiegend zeitweise
 ständig über-wiegend zeitweise
 ständig über-wiegend zeitweise
 Rollstuhlpflicht

Arbeitsorganisation Tagesschicht Früh- / Spätschicht Nachtschicht

2. **Negatives** Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter **Abschnitt C.** beschrieben werden):

psychomentele Funktionen Sinnesfunktionen bewegungsbezogene Funktionen kardio-pulmonale Funktionen

relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren sonstige

3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.

6 Stunden und mehr 3 bis unter 6 Stunden unter 3 Stunden

C. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Patientin / Patient (Name, Vorname) | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|--------------|

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

| | Leistung | Dauer | Anzahl | G | L |
|-----|----------|-------|--------|---|---|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |
| 16. | | | | | |
| 17. | | | | | |
| 18. | | | | | |
| 19. | | | | | |
| 20. | | | | | |

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten
A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. K = 55 Min. M = 65 Min. O = 75 Min. Q = 85 Min. S = 95 Min. U = 105 Min. W = 115 Min. Y = 125 Min.
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. J = 50 Min. L = 60 Min. N = 70 Min. P = 80 Min. R = 90 Min. T = 100 Min. V = 110 Min. X = 120 Min. Z = 130 Min.
a = 140 Min. c = 160 Min. e = 180 Min. g = 200 Min. i = 220 Min. k = 240 Min. m = 260 Min. o = 280 Min. q = 300 Min. s = 320 Min. u = 340 Min. w ≥ 360 Min.
b = 150 Min. d = 170 Min. f = 190 Min. h = 210 Min. j = 230 Min. l = 250 Min. n = 270 Min. p = 290 Min. r = 310 Min. t = 330 Min. v = 350 Min. x = keine Angabe möglich

Kodierung der Gruppengröße (G) **Kodierung der Leistungsart (L)**

| | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---|
| A = Einzel | D = Große Gruppe (13-18 Personen) | 1 = Präsenz | 4 = Begleitperson Digital |
| B = Kleingruppe (2-8 Personen) | E = Unbegrenzt (>18 Personen) | 2 = Digital | 5 = Eigentaining mit Monitoring |
| C = Mittlgröße Gruppe (9-12 Personen) | | 3 = Begleitperson Präsenz | 6 = Eigentaining Begleitperson mit Monitoring |

Versions-Nr. **0 3**

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Patientin / Patient (Name, Vorname) | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|--------------|

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

| | Leistung | Dauer | Anzahl | G | L |
|-----|----------|-------|--------|---|---|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |
| 16. | | | | | |
| 17. | | | | | |
| 18. | | | | | |
| 19. | | | | | |
| 20. | | | | | |

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. K = 55 Min. M = 65 Min. O = 75 Min. Q = 85 Min. S = 95 Min. U = 105 Min. W = 115 Min. Y = 125 Min.
 B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. J = 50 Min. L = 60 Min. N = 70 Min. P = 80 Min. R = 90 Min. T = 100 Min. V = 110 Min. X = 120 Min. Z = 130 Min.

a = 140 Min. c = 160 Min. e = 180 Min. g = 200 Min. i = 220 Min. k = 240 Min. m = 260 Min. o = 280 Min. q = 300 Min. s = 320 Min. u = 340 Min. w ≥ 360 Min.
 b = 150 Min. d = 170 Min. f = 190 Min. h = 210 Min. j = 230 Min. l = 250 Min. n = 270 Min. p = 290 Min. r = 310 Min. t = 330 Min. v = 350 Min. x = keine Angabe möglich

Kodierung der Gruppengröße (G)

A = Einzel
 B = Kleingruppe (2-8 Personen)
 C = MittlgröÙe Gruppe (9-12 Personen)
 D = GröÙe Gruppe (13-18 Personen)
 E = Unbegrenzt (>18 Personen)

Kodierung der Leistungsart (L)

1 = Präsenz
 2 = Digital
 3 = Begleitperson Präsenz
 4 = Begleitperson Digital
 5 = Eigentaining mit Monitoring
 6 = Eigentaining Begleitperson mit Monitoring

Versions-Nr.

0 3

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Patientin / Patient (Name, Vorname) | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|--------------|

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

| | Leistung | Dauer | Anzahl | G | L |
|-----|----------|-------|--------|---|---|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |
| 16. | | | | | |
| 17. | | | | | |
| 18. | | | | | |
| 19. | | | | | |
| 20. | | | | | |

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten
 A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. K = 55 Min. M = 65 Min. O = 75 Min. Q = 85 Min. S = 95 Min. U = 105 Min. W = 115 Min. Y = 125 Min.
 B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. J = 50 Min. L = 60 Min. N = 70 Min. P = 80 Min. R = 90 Min. T = 100 Min. V = 110 Min. X = 120 Min. Z = 130 Min.
 a = 140 Min. c = 160 Min. e = 180 Min. g = 200 Min. i = 220 Min. k = 240 Min. m = 260 Min. o = 280 Min. q = 300 Min. s = 320 Min. u = 340 Min. w ≥ 360 Min.
 b = 150 Min. d = 170 Min. f = 190 Min. h = 210 Min. j = 230 Min. l = 250 Min. n = 270 Min. p = 290 Min. r = 310 Min. t = 330 Min. v = 350 Min. x = keine Angabe möglich

Kodierung der Gruppengröße (G) **Kodierung der Leistungsart (L)**

| | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---|
| A = Einzel | D = Große Gruppe (13-18 Personen) | 1 = Präsenz | 4 = Begleitperson Digital |
| B = Kleingruppe (2-8 Personen) | E = Unbegrenzt (>18 Personen) | 2 = Digital | 5 = Eigentaining mit Monitoring |
| C = Mittlgröße Gruppe (9-12 Personen) | | 3 = Begleitperson Präsenz | 6 = Eigentaining Begleitperson mit Monitoring |

Versions-Nr.

| | |
|----------|----------|
| 0 | 3 |
|----------|----------|

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Patientin / Patient (Name, Vorname) | Geburtsdatum |
|-------------------------------------|--------------|

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

| | Leistung | Dauer | Anzahl | G | L |
|-----|----------|-------|--------|---|---|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |
| 16. | | | | | |
| 17. | | | | | |
| 18. | | | | | |
| 19. | | | | | |
| 20. | | | | | |

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten
 A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. K = 55 Min. M = 65 Min. O = 75 Min. Q = 85 Min. S = 95 Min. U = 105 Min. W = 115 Min. Y = 125 Min.
 B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. J = 50 Min. L = 60 Min. N = 70 Min. P = 80 Min. R = 90 Min. T = 100 Min. V = 110 Min. X = 120 Min. Z = 130 Min.
 a = 140 Min. c = 160 Min. e = 180 Min. g = 200 Min. i = 220 Min. k = 240 Min. m = 260 Min. o = 280 Min. q = 300 Min. s = 320 Min. u = 340 Min. w ≥ 360 Min.
 b = 150 Min. d = 170 Min. f = 190 Min. h = 210 Min. j = 230 Min. l = 250 Min. n = 270 Min. p = 290 Min. r = 310 Min. t = 330 Min. v = 350 Min. x = keine Angabe möglich

Kodierung der Gruppengröße (G)
 A = Einzel
 B = Kleingruppe (2-8 Personen)
 C = MittlgröÙe Gruppe (9-12 Personen)
 D = GröÙe Gruppe (13-18 Personen)
 E = Unbegrenzt (>18 Personen)

Kodierung der Leistungsart (L)
 1 = Präsenz
 2 = Digital
 3 = Begleitperson Präsenz
 4 = Begleitperson Digital
 5 = Eigentaining mit Monitoring
 6 = Eigentaining Begleitperson mit Monitoring

Versions-Nr.

| | |
|---|---|
| 0 | 3 |
|---|---|

**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

**Ärztlicher
Entlassungsbericht**Bl. 2 2

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

**Ärztlicher
Entlassungsbericht**Bl. 2 4

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

**Ärztlicher
Entlassungsbericht**Bl. 2 7

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

**Ärztlicher
Entlassungsbericht**Bl. 2 8

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

**Ärztlicher
Entlassungsbericht**Bl. 2 9

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:

**Ärztlicher
Entlassungsbericht**Bl. 2 10

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte: