

**Qualitätssicherungsverfahren
der gesetzlichen Krankenkassen**

Behandlerbogen Mutter / Vater

4000

**Mutter, Vater und Kind
stationär**

VERSION - BEFRAGMV 3.0
Stand: 21.09.2017

<https://www.bqs.de>

<https://qs-reha.bqs.de>

Behandlerbogen - Mutter / Vater

1* - Teilnahme der Patientin / des Patienten an der Erhebung

Ja Nein

1.1 - Falls die Patientin / der Patient nicht an der Erhebung teilnimmt, geben Sie bitte die Gründe für die Nichtteilnahme an (Mehrfachnennungen möglich)

- verweigert
 kognitive / physische Einschränkungen
 sprachliche Probleme
 anderes

2* - Alter der Patientin / des Patienten bei Aufnahme

Jahre

3* - Geschlecht

männlich weiblich

4* - Aufnahme datum



5* - Art der Maßnahme

Mutter-/Vater-Maßnahme Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme

6* - Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

- Vorsorge-Maßnahme laut Zuweisung
 Rehabilitationsmaßnahme laut Zuweisung
 keine spezifische Zuweisung wegen Bestandsschutz, einrichtungsinterne Zuordnung zu Vorsorge
 keine spezifische Zuweisung wegen Bestandsschutz, einrichtungsinterne Zuordnung zu Rehabilitation
 keine spezifische Zuweisung aus ungeklärter Ursache, einrichtungsinterne Zuordnung ist Vorsorge
 keine spezifische Zuweisung aus ungeklärter Ursache, einrichtungsinterne Zuordnung ist Rehabilitation

Anzahl der mit angereisten Kinder

7.1* - Kinder gesamt

Kind(er)

7.2 - davon Anzahl medizinisch behandlungsbedürftiger Kinder

Kind(er)

8* - Datum der Aufnahmeuntersuchung



Behandlungsrelevante Diagnosen (keine interkurrenten Erkrankungen)

Bitte geben Sie bis zu 5 behandlungsrelevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit an.

9.1 - Diagnose (ICD10-Hauptdiagnose) - 1.

9.2 - Diagnose (ICD10) - 2.

9.3 - Diagnose (ICD10) - 3.

9.4 - Diagnose (ICD10) - 4.

9.5 - Diagnose (ICD10) - 5.

*) Pflichtangabe

10 - Vorsorge-/ Reha-Motivation

- 1 = sehr hohe Motivation
 2
 3
 4
 5
 6 = keine Motivation


11 - Datum der ersten Behandlung

12.1 - Gab es weiterer Arztkontakte

- Ja Nein

12 - Datum des ersten weiteren Arztkontakts nach der Aufnahmeuntersuchung (z. B. Zwischenuntersuchung)

Daten interdisziplinärer Fallbesprechungen

13.1 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung pro Fall - 1

13.2 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung pro Fall - 2

13.3 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung pro Fall - 3

13.4 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung pro Fall - 4

13.5 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung pro Fall - 5

Anzahl ausgefallener Therapien / Maßnahmen

14.1 - Aufgrund einer Absage der Einrichtung

 Anzahl

14.2 - Durch die Patientin / den Patienten nicht wahrgenommene Therapien / Maßnahmen (aus persönlichen Gründen oder aufgrund interkurrenter Erkrankungen oder Erkrankungen des Kindes)

 Anzahl

15 - Interkurrente Erkrankung der Patientin / des Patienten

- Ja Nein

16 - Datum des Entlassungsgesprächs

17 - Wurden der Patientin / dem Patienten Empfehlungen für die Nachsorge gegeben?

- Ja Nein

17.1 - Empfehlung für die Nachsorge

18.1 - Wurde ein Entlassungsbericht ausgehändigt?

- Ja Nein

18 - Datum der Aushändigung eines gegebenenfalls vorläufigen Entlassungsberichts an die Patientin / den Patienten

*) Pflichtangabe

19 - Datum der Entlassung

20 - Art der Entlassung

- regulär
- nach Verlängerung
- vorzeitig

21 - Art der vorzeitigen Entlassung

- disziplinarisch
- gegen ärztlich-therapeutischen Rat
- mit ärztlich-therapeutischer Einwilligung

21.1 - Grund der ärztlich-therapeutischen Einwilligung

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!