

**Qualitätssicherungsverfahren  
der gesetzlichen Krankenkassen**

**Behandlerbogen Mutter / Vater**

**4000**

**Mutter, Vater und Kind  
stationär**

VERSION - BEFRAGMV 3.0

<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!