

Qualitätssicherung medizinische Rehabilitation der Gesetzlichen Krankenkassen

Behandlerbogen - Mutter/Vater (MUSTER)

4000 - Mutter, Vater und Kind - stationär

Erhebungsrunde 2021 - 2023

Inhaltsverzeichnis

A1 - Teilnahme.....	3
A2 - Allgemeine Angaben zur Aufnahme.....	4
A3 - Behandlungs-Diagnosen bei Aufnahme.....	5
A4 - Verlauf.....	6
A5 - Entlassung.....	7

A1 - Teilnahme

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

nein ja

1.1 - Falls die Patientin / der Patient nicht an der Erhebung teilnimmt, geben Sie den zeitlich ersten Grund für die Nichtteilnahme an

verweigert kognitive / physische Einschränkungen sprachliche Probleme anderes

A2 - Allgemeine Angaben zur Aufnahme

2* - Alter der Patientin / des Patienten bei Aufnahme

Jahre (Wertebereich: 1 bis 130)

3* - Geschlecht

männlich weiblich

4 - Aufnahmedatum

.

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

7* - Kinder gesamt

Kind(er) (Wertebereich: 0 bis 99)

7.1 - davon Anzahl medizinisch behandlungsbedürftiger Kinder

Kind(er) (Wertebereich: 0 bis 99)

8* - Datum der Aufnahmeuntersuchung

.

A3 - Behandlungs-Diagnosen bei Aufnahme

9 - Diagnose (ICD-10-GM-Hauptdiagnose) - 1.

(Freitext mit max. 8 Zeichen)

10 - Diagnose (ICD-10-GM) - 2.

(Freitext mit max. 8 Zeichen)

11 - Diagnose (ICD-10-GM) - 3.

(Freitext mit max. 8 Zeichen)

12 - Diagnose (ICD-10-GM) - 4.

(Freitext mit max. 8 Zeichen)

13 - Diagnose (ICD-10-GM) - 5.

(Freitext mit max. 8 Zeichen)

A4 - Verlauf	
14* - Vorsorge-/ Reha-Motivation	<p><input type="radio"/> 1 = sehr hohe Motivation</p> <p><input type="radio"/> 2</p> <p><input type="radio"/> 3</p> <p><input type="radio"/> 4</p> <p><input type="radio"/> 5</p> <p><input type="radio"/> 6 = keine Motivation</p>
15* - Datum der ersten Behandlung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
16* - Gab es weitere Arztkontakte	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
16.1 - Datum des ersten weiteren Arztkontakts nach der Aufnahmeuntersuchung (z. B. Zwischenuntersuchung)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
17 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung - 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung - 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
19 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung - 3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung - 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21 - Datum interdisziplinärer Fallbesprechung - 5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22* - Anzahl ausgefallener Therapien / Maßnahmen - Aufgrund einer Absage der Einrichtung	<input type="text"/> Anzahl (Wertebereich: 0 bis 99)
23* - Durch die Patientin / den Patienten nicht wahrgenommene Therapien / Maßnahmen (aus persönlichen Gründen oder aufgrund interkurrenter Erkrankungen oder Erkrankungen des Kindes)	<input type="text"/> Anzahl (Wertebereich: 0 bis 99)
24* - Interkurrente Erkrankung der Patientin / des Patienten	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

A5 - Entlassung

25* - Datum des Entlassungsgesprächs

.

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

nein ja

26.1 - Empfehlung für die Nachsorge

 (Freitext mit max. 255 Zeichen)

27* - Wurde ein Entlassungsbericht ausgehändigt?

nein ja

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

.

28* - Datum der Entlassung

.

29* - Art der Entlassung

regulär nach Verlängerung vorzeitig

29.1 - Art der vorzeitigen Entlassung

disziplinarisch gegen ärztlich-therapeutischen Rat mit ärztlich-therapeutischer Einwilligung

29.1.1 - Grund der ärztlich-therapeutischen Einwilligung

 (Freitext mit max. 255 Zeichen)