NACHBARSCHAFTSHILFE - OSTHOLSTEIN

www.nachbarschaftshilfe-ostholstein.de

Aufforderung zum Entlassmanagement

An die Station / den Sozialdienst / das Entlassmanagement des Krankenhauses

Vorname und Nachname der Patientin / des Patienten

Straße und Hausnummer · Postleitzahl und Ort

Geburtsdatum

Telefon für Rückfragen (freiwillig)

Krankenhaus (Name) · Station / Abteilung

Geplantes / erfolgtes Entlassungsdatum (soweit bekannt)

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Anschlussversorgung ist noch nicht ausreichend geklärt. Bitte prüfen Sie meinen Bedarf und organisieren Sie die erforderliche Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V.

Unterstützung benötige ich insbesondere bei (bitte ankreuzen):

- ☐ Pflege / Versorgung zu Hause
- ☐ Medikamenten / Hilfsmitteln
- ☐ Rehabilitation / Kurzzeitpflege
- ☐ Unterstützung im Haushalt

Weitere Angaben / derzeitige Versorgungslücke

Bitte stimmen Sie den Entlassplan mit mir und den erforderlichen Stellen ab. Bitte benennen Sie mir eine Ansprechperson und erläutern Sie mir die nächsten Schritte.

Bitte legen Sie mir erforderliche Einwilligungsunterlagen vor. Dieses Schreiben ersetzt keine Einwilligung zur Datenübermittlung.

Mit freundlichen Grüßen

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten / bevollmächtigten Person

Hinweis: Möglichst vor der Entlassung abgeben und eine Kopie aufbewahren. Bei Vertretung ggf. Vollmacht beifügen. Vorlage für gesetzlich Versicherte.

Grundlage: § 39 Abs. 1a SGB V; BMG, Entlassmanagement. Stand: 31.10.2026.