

Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



1. Messung

☐ Interventionsmessung ☐ Vergleichsmessung ☐ Nullwertmessung

2. Qualitätsvertrag-Kennzeichnung

Format: QV-XX-00000-0000

QV - - -

Hinweis: Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.

3. Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)

nach ARGE-IK

4. Pseudonym

Hinweis: Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Fallliste zugeordnet. Hierbei wird der eGK-Nummer die nächste freie fortlaufende Nummer als Patientenpseudonym zugewiesen.

5. Geburtsdatum

Format: TT.MM.JJJJ

 . .

6. Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbestimmt

7. Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte

nach ARGE-IK

8. Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts

13. Prozeduren

alle Prozeduren, die in inhaltlichem Zusammenhang mit diesem Leistungsbereich stehen

Da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Felder begrenzt ist, sollten die aufwändigeren Prozeduren zuerst angegeben werden.

(obligatorische Angabe der Seitigkeit bei paarigen Organen oder Körperteilen)

R (Rechts)
L (Links)
B (Beidseitig)

| | OPS | Seitigkeit | Datum (Format: TT.MM.JJJJ) |
|-----|---|------------------------|--|
| 1. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 8. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 9. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 10. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : <input type="text"/> | am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des OPS vorzunehmen.

13. Prozeduren (Fortsetzung)

alle Prozeduren, die in inhaltlichem Zusammenhang mit diesem Leistungsbereich stehen

Da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Felder begrenzt ist, sollten die aufwändigeren Prozeduren zuerst angegeben werden.

(obligatorische Angabe der Seitigkeit bei paarigen Organen oder Körperteilen)

R (Rechts)
L (Links)
B (Beidseitig)

| | OPS | Seitigkeit | Datum (Format: TT.MM.JJJJ) |
|-----|---|------------|---|
| 11. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : | <input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 12. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : | <input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 13. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : | <input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 14. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : | <input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 15. | <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | : | <input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des OPS vorzunehmen.

Format: TT.MM.JJJJ

nach § 301-Vereinbarung

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

nach ICD-10-GM

Nebendiagnosen (Reihenfolge analog zur Datenübermittlung an die Krankenkasse)

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | . | | |
|--|--|--|---|--|--|

1.

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

 .

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

6.

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

 .


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

2.

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

 .

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

7. 

3.

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

 .

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

8.

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

 .

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

4.

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

 .

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

9.

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

 .

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

5.

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

 .

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

10.

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

 .

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

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des ICD-10-GM vorzunehmen.

Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



17. Liegt eine Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1) vor?

☐ ja

☐ nein

☐ unbekannt

18. Liegt eine geistige Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1) vor?

☐ ja

☐ nein

☐ unbekannt

19. Grad der Behinderung (GdB)

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

☐ unbekannt

20. Bezieht die Patientin/der Patient Leistungen der Eingliederungshilfe?

☐ ja

☐ nein

☐ unbekannt

21. Bezieht die Patientin/der Patient Leistungen der Pflegeversicherung?

☐ ja

☐ nein

☐ unbekannt