

Name der Patientin/des Patienten: .....

## Checkliste zur Entlassung älterer Menschen aus dem Krankenhaus\*

*Die folgenden Fragen sollen Ihnen und Ihren Angehörigen helfen, an der Planung und Vorbereitung Ihrer Entlassung mitzuwirken. Der Sozialdienst des Krankenhauses wird Sie dabei unterstützen, einzelne dieser Fragen zu klären. Er wird Sie auch über die Möglichkeiten anschließender Pflegeberatung in Ihrer Gemeinde und durch den Pflegestützpunkt Ihrer Region informieren. Im Übrigen gibt es wichtige Informationen zum Thema Pflege unter [www.pflege-in-hessen.de](http://www.pflege-in-hessen.de). Wichtig ist außerdem ein Entlassungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt des Krankenhauses, in dem notwendige medizinische Fragen besprochen werden.*

*Worum es in diesem Fragebogen geht:*

- I. Frühzeitiges Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt ..... Seite 2*
- II. Organisatorische Vorbereitung der Entlassung ..... Seite 5*
- III. Am Vortag der Entlassung ..... Seite 5*
- IV. Am Entlassungstag ..... Seite 6*

\* Die Checkliste wurde durch den Landespräventionsrat Hessen mit freundlicher Unterstützung des Ketteler-Krankenhauses in Offenbach erarbeitet.



# I. Frühzeitiges Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt

## (1) Wann werde ich aus der Klinik entlassen?

Datum	
-------	--

Uhrzeit	
---------	--

## (2) Wohin werde ich entlassen?

- Nach Hause .....
- In eine (Reha-) Klinik .....
- In ein Heim .....

## (3) Ist der Entlassungstermin auf meine anschließende (Versorgungs-) Situation abgestimmt?

- Ja .....
- Nein .....

## (4) Nach der Entlassung komme ich ...

- alleine zurecht .....
- brauche ich Hilfe .....
- brauche ich zeitweilig Pflege .....
- brauche ich dauerhaft Pflege .....

## (5) Nach der Entlassung muss ich ...

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| mich schonen ..... <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls „Ja“, wie lange? _____                  |                          |                          |
| das Bett hüten ..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls „Ja“, wie lange? _____                  |                          |                          |

## (6) Welche Hilfsmittel benötige ich?

- Pflegebett .....
- Inkontinenzmaterial .....
- Rollator .....
- Hausnotruf .....
- Sonstige, und zwar: \_\_\_\_\_

**(7) Sind RehaMaßnahmen erforderlich?**

- Ja .....
- Nein .....

Falls „Ja“, welche? \_\_\_\_\_

**(8) Worauf muss ich nach der Entlassung besonders achten?**

- Ernährung .....
- Körperpflege .....
- Sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

**(9) Brauche ich Medikamente?**

- Ja .....
- Nein .....

Falls „Ja“,  
welche? \_\_\_\_\_  
wann muss ich sie nehmen? \_\_\_\_\_  
wer verschreibt sie mir? \_\_\_\_\_

**(10) Ist sichergestellt, dass ich erforderliche Medikamente nach der Entlassung ohne Unterbrechung erhalte?**

- Ja .....
- Nein .....
- Ich brauche keine Medikamente .....

**(11) Wie wird sich mein Gesundheitszustand in den nächsten Wochen voraussichtlich entwickeln?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Könnte es Komplikationen geben?*

Ja .....

Nein .....

*Falls „Ja“,*

welche? \_\_\_\_\_

wie kann ich sie erkennen? \_\_\_\_\_

was soll ich dann tun? \_\_\_\_\_

**(12) Sind ärztliche Kontrollen erforderlich?**

Ja .....

Nein .....

*Falls „Ja“,*

in welchen zeitlichen Abständen? \_\_\_\_\_

durch wen? \_\_\_\_\_

**(13) An wen kann ich mich bei medizinischen Problemen und Fragen wenden, auch an Wochenenden?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(14) Sind die notwendigen Verordnungen für Medikamente, Hilfsmittel, Krankenpflege, Rehamaßnahmen etc. vorhanden?**

Ja .....

Nein .....

Ich benötige keine .....

**(15) Erhalte ich bei meiner Entlassung eine Kopie des Arztbriefs?**

Ja .....

Nein .....

## II. Organisatorische Vorbereitung der Entlassung

**(16) Wer benachrichtigt den Hausarzt vom Entlassungstermin?**

---

---

**(17) Wer organisiert verordnete Hilfsmittel, häusliche Pflege, Rehamaßnahmen?**

---

---

**(18) Wer trägt die Kosten?**

---

---

**(19) Wer übernimmt die Abstimmung mit der Krankenkasse oder sonstigen Kostenträgern?**

---

---

## III. Am Vortag der Entlassung

**(20) Hat ein Entlassungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt stattgefunden, bei dem meine Fragen beantwortet wurden?**

Ja .....   
Nein .....

Falls „nein“, welche Fragen sind noch offen?

---

---

---

## (21) Vorbereitung und Abholung

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Ist zu Hause oder im Heim alles vorbereitet (z.B. Einkäufe, Heizung)? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Stehen die nötigen Hilfen und Hilfsmittel bereit? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Holt mich jemand ab? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Benötige ich ein Taxi oder einen Krankentransport? .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Empfängt mich jemand? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## IV. Am Entlassungstag

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| f. Liegt der Entlassungsbericht für meinen Hausarzt vor? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Habe ich die dem Krankenhaus übergebenen Patientenunterlagen, medizinischen Ausweise, Versicherungskarten usw. zurückerhalten? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Habe ich die zur Mitnahme vorgesehenen Medikamente erhalten? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Habe ich meine persönlichen Sachen (auch Brille, Hörgerät, Prothesen)? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Habe ich meine Wertgegenstände (z.B. Geld, Kreditkarte, Schmuck, Handy, Radio)? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Sind Portemonnaie und Hausschlüssel greifbar? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Sind Telefon, Fernsehen, Zeitung im Krankenhaus abgemeldet und bezahlt? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Verabschiedung von den Pflegekräften? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |