

**Interne Qualitätssicherung
zur Vermeidung der Fehlbelegung in der Dermatologie**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Aufnahme am: _____

Diagnose: _____

Patient wurde notfallmäßig aufgenommen? () ja () nein

Patient wurde von einem Facharzt für Dermatologie eingewiesen? () ja () nein

Patient wurde vor der Aufnahme in unserer Abteilung gesehen um die Entscheidung zur stationären Therapie zu treffen? () ja () nein

Patient wurde am Tag vor der Aufnahme von einer(em) Oberärztin(arzt) gesehen, dieser Facharzt hat die Entscheidung zur stationären Therapie getroffen? () ja () nein

Das weitere Vorgehen wurde mit dem Patienten besprochen insbesondere wurde noch einmal die Alternative ambulant/stationär besprochen. Das weitere Procedere wurde durch einen Facharzt festgelegt.
() Ja () nein

Name des Oberarztes: _____

Unterschrift des Oberarztes: _____

Aufnahmearbeit:

Ursache der jetzigen Behandlung:

Wiederholungsaufnahme (innerhalb der letzten 6 Monate):

Vorstationäre Behandlung gemäß § 115 a SGB V gelaufen?

Nachstationäre Behandlung gemäß § 115 a SGB V geplant?

Soziale Situation des Patienten:
