



# Gesprächsprotokoll

ADREMA oder Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse und Krankenkasse

## Daten Einschreibende/r

Name: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Datum der Einschreibung: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Datum der Kontaktaufnahme: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Kriterien Case Management

1. Kooperationsbereitschaft  
der/des Betroffenen/der Familie  
 ja  nein

2. Medizinische Komplexsituation  
 wiederholte Dekompensation  
 drohende Dekompensation

3. Pflegerische Komplexsituation  
 wiederholte Dekompensation  
 drohende Dekompensation

4. Psychosoziale Komplexsituation  
 wiederholte Dekompensation  
 drohende Dekompensation

## Informationen des Einschreibenden:

---

---

---

## Andere Behandler/innen:

---

---

---

Erster gemeinsamer Hausbesuch gewünscht?  ja  nein

Fallbesprechung gewünscht?  ja  nein

Diagnostik gewünscht?  ja  nein

Zukünftiger Informationstransfer?  Mail  Fax  Telefon

\_\_\_\_\_  
DATUM

\_\_\_\_\_  
ZUSTÄNDIGE/R CASEMANAGER/IN