

Checkliste zur Abgabe der Patientenunterlagen

(die entsprechenden Felder bitte ankreuzen)

Chiffre _____ Therapeut/in _____

Patientenname _____ Behandlungszeitraum _____

Therapeutenwechsel wird angestrebt

Ich gebe keinen verschlossenen Umschlag ab, da sonstige Patientenunterlagen nicht angefallen sind.

Folgende Unterlagen habe ich **zusammen** in den großen silbernen Standbriefkasten im Therapeutenaufenthaltsraum in der 3. Etage gegeben:

- diese *Checkliste zur Abgabe der Patientenunterlagen*
- Kopie Formular *Mitteilung an die Krankenkasse*
- ggf. Formular *Abbruch der Probatorik* oder
Formular *Vorzeitige Beendigung (nur bei BAP-Therapien)*
- ein etwa einseitiger **Abschlussbericht** (Behandlungszeitraum, Diagnose und Behandlungsverlauf und –ergebnis) **und bei PHB-Therapien zusätzlich** das Formular „**Dokumentation Therapieabschluss**“
- von mir gestellte Rechnungen und Quittungen (in Kopie)

Ich gebe einen verschlossenen Umschlag (mit Chiffre versehen) mit allen sonstigen Patientenunterlagen ab, wie z. B. :

- Stundenprotokolle vor Einführung der elektronischen Stundendokumentation
- Telefonnotizen
- Zeichnungen
- privater Schriftverkehr, z. B. Briefe oder Urlaubskarten des Patienten

Folgende Unterlagen habe ich **zusammen** mit dem verschlossenen Umschlag (mit Chiffre versehen) in den in den großen silbernen Standbriefkasten im Therapeutenaufenthaltsraum in der 3. Etage gegeben:

- diese *Checkliste zur Abgabe der Patientenunterlagen*
- Kopie Formular *Mitteilung an die Krankenkasse*
- ggf. Formular *Abbruch der Probatorik* oder
Formular *Vorzeitige Beendigung (nur bei BAP-Therapien)*
- ein etwa einseitiger **Abschlussbericht** (Behandlungszeitraum, Diagnose und Behandlungsverlauf und –ergebnis) **und bei PHB-Therapien zusätzlich** das Formular „**Dokumentation Therapieabschluss**“

Hiermit versichere ich, dass ich die Behandlung vom o. g. Patient/in vollständig im elektronischen Stundenprotokoll dokumentiert habe (Ausdrucken ist nicht erforderlich!) und dass ich alle bei mir befindlichen Unterlagen abgegeben habe.

Datum _____ Unterschrift Therapeut/in _____