

Praxis-Patienten-Nummer:

**BARMER**



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Patienteninformation:

Männlich:

Weiblich:

Jahrgang:

**Versicherte der BARMER  
Auftragsbogen für**

**agnes<sup>zwei</sup>**

**Name der beauftragten agnes<sup>zwei</sup> Fachkraft:**

---

**Name des beauftragenden Arztes/Einrichtung:**

---

**Fachrichtung des beauftragenden Arztes:**

---

**Aktueller Status des Patienten:**

**Diagnose (ICD 10):**

Hauptdiagnose: 

---

Nebendiagnose 1: 

---

Nebendiagnose 2: 

---

Nebendiagnose 3: 

---

Nebendiagnose 4: 

---

**Mobilität:**

gut

ausreichend

eingeschränkt

immobil

**Selbstständigkeit:**

erhalten

eingeschränkt

aufgehoben

**Pflegegrad:**

keiner

0

1

2

3

4

5

**Auftrag an die behandelnde agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft:**

Überleitungsmanagement

Entlassungsmanagement

Indikationsbezogenes Fallmanagement

Schnittstellenmanagement

von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_

Aktueller Aufenthalt: \_\_\_\_\_

**Betreuung ab**

\_\_\_\_\_, Betreuung bis:

---

**Datum, Unterschrift beauftragender Arzt**

---

**Datum, Unterschrift beauftragte agnes<sup>zwei</sup>-Fachkraft**

---