

Akteneinlage zum Ablauf Berliner TransitionsProgramm

Name:

Vorname:

geb. am:

Kontaktkarte erhalten am:

Teilnahmeunterlagen versendet am:

Teilnahme gewünscht ☐ ja ☐ nein

Kostenübernahme ☐ ja ☐ nein

1. Transitionsgespräch geplant für:

1. Transitionsgespräch durchgeführt ☐ ja ☐ nein

Probesprechstunde in Erwachsenenmedizin: ☐ ja ☐ nein

Epikrise versendet an: ☐ Patienten

☐ Hausarzt

☐ weiterbehand. Spezialist

☐ Fallmanagement

Wechsel in Erwachsenenmedizin geplant zum:

weiterbetreuender Erwachsenenspezialist: