

**Bericht des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung
zum Antrag auf Pflegeleistungen gemäß SGB XI**

Name, Vorname: Geburtsdatum: Anschrift: Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Versichertennummer: Pflegekasse/Direktion:	Entlassung geplant am: _____ <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> in eine Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Verlegung in Rehabilitationsklinik <input type="checkbox"/> Sonstige:
Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung	Gesetzlicher Betreuer:
Name des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung: Anschrift: Ansprechpartner Sozialdienst	Name: Adresse Hausarzt: Name: Adresse:

Alternativ Patientenaufkleber

Beantragte Leistungen:

ambulante Sachleistung (§36 SGB XI) Kombinationsleistung (§38 SGB XI) Vollstationäre Pflege (§43 SGB XI)

Sind Rehabilitationsmaßnahmen beantragt?

ja

nein

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den mich behandelnden Ärzten, dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den MDK Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Bayern weitergegeben werden.

Datenschutzhinweis (§67 a Abs.3 SGB X):

Damit die Pflegekasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund der § 7 und § 28 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

Datum:

Unterschrift Versicherter/Betreuer

Formular wurde ausgefüllt von:

Name/Funktion/Telefon

Unterschrift

Name, Vorname, Geburtsdatum (Angaben erforderlich!)

Pflegebegründende Diagnosen (Text, ggf. ICD):

Einschränkungen/Schädigungen, die die tägliche Lebensführung und Aktivitäten in besonderem Maß beeinträchtigen (Warum benötigt die/der Versicherte personelle Hilfe?):

Handelt es sich um einen Dauerzustand? (voraussichtlich für mindestens 6 Monate) Ja

Nein

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbständig , wird fremdübernommen
Mobilität				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)				
Umsetzen (Transfers)				
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)				
Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen vorderer Oberkörper				
Waschen des Intimbereichs				
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)				
An- und Auskleiden des Oberkörpers				
An- und Auskleiden des Unterkörpers				
Essen				
Trinken				
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)				
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma				
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma				

Name, Vorname, Geburtsdatum (Angaben erforderlich!)

	Keine, nicht täglich	Täglich, zusätzlich zur oralen Nahrung	Ausschließlich oder nahezu ausschließlich
Ernährung parenteral/ PEG/PEJ			

	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Betreuungsbedarf				
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)				
Verstehen von Sachverhalten und Informationen				
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)				
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)				

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z.B. Unruhezustände, aggressives/ abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen? Wenn ja wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit
	Nein	Ja	Täglich (Wie oft wird verabreicht?)
Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)			
Medikation			
Injektion			

Sonstiges: