

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

<b>Name, Vorname:</b> <b>Geburtsdatum:</b> <b>Anschrift:</b> <b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <b>Versichertennummer:</b> <b>Pflegekasse/Direktion:</b>	<b>Entlassung geplant am:</b> _____ <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:
<b>Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung</b>	<b>Gesetzlicher Betreuer:</b>
<b>Name des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung:</b> <b>Anschrift:</b> <b>Ansprechpartner</b> <b>Sozialdienst</b>	<b>Name:</b> <b>Adresse</b>  <b>Hausarzt:</b> <b>Name:</b> <b>Adresse:</b>

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

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
<b>Betreuungsbedarf</b>				
<b>Zeitliche Orientierung</b> (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)				
<b>Verstehen von Sachverhalten und Informationen</b>				
<b>Mitteilen von elementaren Bedürfnissen</b> (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)				
<b>Verstehen von Aufforderungen</b> (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: