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

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:  Geburtsdatum:  Anschrift:  Geschlecht:  m  w  Versichertennummer:  Pflegekasse/Direktion: | Entlassung geplant am:  nach Hause  in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung  in eine Pflegeeinrichtung  Verlegung in Rehabilitationsklinik  Sonstige:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung | **Gesetzlicher Betreuer:**  Name:  Adresse  **Hausarzt:**  Name:  Adresse: |
| Name des Krankenhauses /  der Rehabilitationseinrichtung  Anschrift: |

Alternativ Patientenaufkleber

**Beantragte Leistungen:**

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

**Sind Rehabilitationsmaßnahmen beantragt?  ja  nein**

**Einwilligung:**

**Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst meine behandelnden Ärzte, (Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte, Hausarzt) in die Begutachtung mit einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung und Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Diese Unterlagen sind unmittelbar an den MDK Bayern zu versenden.**

**Soweit der Pflegekasse von mir freiwillig überlassene Unterlagen vorliegen, dürfen diese ebenfalls an den MDK weitergeleitet werden.**

**Sie können Ihre Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen. Es findet dann keine weitere Datenverarbeitung mehr statt. Die Widerrufserklärung ist an den MDK zu richten. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt zu dem dieser dem MDK zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung ihrer Daten ist bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig.**

**Mit Ihrer Einwilligung sind die Pflege- und Krankenkassen und die Leistungserbringer verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.**

**Datum: Unterschrift Versicherter/Betreuer**

**Datenschutzhinweis:**

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben Ihrer Pflegekasse nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Ihre Pflegekasse benötigt die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der häuslichen bzw. stationären Pflege nach §§ 36, 38, 42 und 43 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter https://www.datenschutz-bayern.de/docs/buerger/datenschutzrechte.html.

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** |
| **Behandlungspflege**  **(voraussichtlich über 6 Monate)** | **Nein** | **Ja** | **Täglich**  **(Wie oft wird verabreicht?)** |
| **Medikation** |  |  |  |
| **Injektion** |  |  |  |

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_