

Informations-/Überleitungsbogen

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

Name, Vorname: Geburtsdatum: Anschrift: 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 eine Rehabilitationsklinik <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung	<u>Gesetzliche/r Betreuer/in:</u> Name: Adresse: <u>Hausarzt/ärztin</u> Name: Adresse:

Alternativ Patienten/-inaufkleber

Beantragte Leistungen:

- Pflegegeld (§ 37 SGB XI)
 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 von den mich behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte, sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde, anfordern können, 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 MD Niedersachsen/MD im Lande Bremen 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 MD Niedersachsen/MD im Lande Bremen 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 des § 7 und des § 28 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die zu Ihrer Person erhobenen Daten werden gemäß § 97 SGB XI nach 5 Jahren gelöscht. Die Daten dienen der Erstellung eines Pflegegutachtens sowie der Erstellung zukünftiger Pflegegutachten. Die Einverständniserklärung ist freiwillig. Sollten Sie Ihr Einverständnis nicht erklären, weisen wir Sie vorsorglich darauf hin, dass der Leistungsträger die Leistung ganz oder teilweise versagen kann (§ 66 SGB I).

Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Einwilligung hierzu jederzeit schriftlich widerrufen. Dieser Widerruf gilt nur für die zukünftige Nutzung Ihrer Daten. Der Widerruf ist gegenüber dem MD Niedersachsen/MD im Lande Bremen, Hildesheimer Str. 202, 30519 Hannover, zu erklären.

Datum Unterschrift Versicherter/-in / Betreuer/-in

Formular wurde ausgefüllt von:

Name/Funktion/Telefon Unterschrift

Pflegebegründende Diagnosen (Text, ggf. ICD):

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

Handelt es sich um einen Dauerzustand?

Ja

Nein

(voraussichtlich für mindestens 6 Monate)

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

<i>Patienten/-inaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>	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				
Ernährung parenteral/ PEG/PEJ				
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				

<i>Patienten/-inaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten				
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: