



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

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

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 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 kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Diese Unterlagen sind unmittelbar an den Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu versenden. Soweit der Pflegekasse von mir freiwillig überlassene Unterlagen vorliegen, dürfen diese ebenfalls an den Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg 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 Medizinische Dienst Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu richten. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt zu dem dieser dem Medizinische Dienst Berlin-Brandenburg / der Pflegekasse 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.

Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X):

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, 37, 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.lida.brandenburg.de>.

Datum

Unterschrift Versicherter/Betreuer

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?
(voraussichtlich für mindestens 6 Monate)

 Ja

 Nein

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

<i>Patientenaufkleber/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 des vorderen Oberkörpers				
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>Patientenaufkleber/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: