

## Informations-/Überleitungsbogen

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

<b>Name, Vorname:</b>  <b>Geburtsdatum:</b> <b>Anschrift:</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><u>Gesetzlicher Betreuer:</u></b> Name: Adresse: <b><u>Hausarzt:</u></b> Name: Adresse:

Alternativ Patientenaufkleber

#### 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

### Einwilligung

Der Umfang Ihrer Pflegebedürftigkeit wird durch Pflegefachkräfte bzw. Ärzte des Medizinischen Dienstes oder durch unabhängige Gutachter festgestellt. Für die Gutachter ist es bei der Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit oftmals hilfreich, wenn sie von Ihren behandelnden Ärzten oder sonstigen Personen bzw. Diensten, die an Ihrer Pflege beteiligt sind, Auskünfte oder medizinische Unterlagen erhalten können.

Ich willige ein,  
dass die Pflegekasse und der Medizinische Dienst Thüringen von den mich behandelnden 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 Medizinischen Dienst Thüringen 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 Medizinischen Dienst Thüringen weitergegeben werden. Diese Einwilligung gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen.

Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab. Diese kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden. Dieser Widerruf gilt nur für die zukünftige Nutzung meiner Daten. Der Widerruf ist gegenüber dem Medizinischen Dienst Thüringen, Richard-Wagner-Straße 2a, 99423 Weimar zu erklären.

#### **Hinweis:**

Damit die Pflegekasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Im Falle des Fehlens einer Einwilligungserklärung oder eines Widerrufs der Einwilligungserklärung kann dies zur Folge haben, dass der Medizinische Dienst keine gutachterliche Empfehlung aussprechen kann.

Die zu Ihrer Person erhobenen Daten werden gespeichert und gemäß § 97 SGB XI nach 5 Jahren gelöscht.

☐ Ja

☐ Nein

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Versicherte/r, gesetzliche/r Betreuer/in oder  
Bevollmächtigte/r

#### **Formular wurde ausgefüllt von:**

\_\_\_\_\_  
Funktion

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
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>Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>	Aktivität <b>selbständig</b> möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit <b>geringer, punktuel- ler Hilfe</b> möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; <b>überwiegende personelle Hilfe</b>	Aktivität <b>unselbständig</b> , wird fremdüber- nommen
<b>Mobilität</b>				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)				
Umsetzen (Transfers)				
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)				
<b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>				
Waschen vorderer 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				

Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
<b>Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</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?)
<b>Behandlungspflege</b> (voraussichtlich über 6 Monate)			
<b>Medikation</b>			
<b>Injektion</b>			

### Sonstiges:

---



---



---



---