

Informations-/Überleitungsbogen

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>nach Hause</p> <p>in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung</p> <p>in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>Verlegung in Rehabilitationsklinik</p> <p>Sonstige _____</p>
<p>Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung</p>	<p>Gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher Betreuer</p> <p>Name:</p> <p>Adresse:</p> <p>Hausärztin/Hausarzt</p> <p>Name:</p> <p>Adresse:</p>

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

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 Medizinischen Dienst Baden-Württemberg 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 Baden-Württemberg 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 versicherte Person/Betreuerin oder Betreuer

Formular wurde ausgefüllt von:

Name/Funktion/Telefon

Unterschrift

<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