

## Informations-/Überleitungsbogen

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

Name, Vorname:  Geburtsdatum:  Anschrift:  Pflegekasse/Direktion:	<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 eine Rehabilitationsklinik <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung</b>	<b><u>Gesetzliche/r Betreuer/in:</u></b> Name: Adresse:  <b><u>Hausarzt/ärztin</u></b> 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 <b>selbständig</b> möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit <b>geringer, punktueller Hilfe</b> möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; <b>überwiegende personelle Hilfe</b>	Aktivität <b>unselbständig</b> , wird fremdübernommen
<b>Mobilität</b>				
<b>Positionswechsel im Bett</b> (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
<b>Halten einer stabilen Sitzposition</b> (im Sessel)				
<b>Umsetzen</b> (Transfers)				
<b>Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs</b> (in der Ebene)				
<b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>				
<b>Waschen vorderer Oberkörper</b>				
<b>Waschen des Intimbereichs</b>				
<b>Duschen und Baden</b> (Ober-/Unterkörper, Haare)				
<b>An- und Auskleiden des Oberkörpers</b>				
<b>An- und Auskleiden des Unterkörpers</b>				
<b>Essen</b>				
<b>Ernährung parenteral/ PEG/PEJ</b>				
<b>Trinken</b>				
<b>Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls</b> (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)				
<b>Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma</b>				
<b>Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma</b>				

<i>Patienten/-inaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>	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:**