



Bitte zurücksenden an:

Fax: 089 / 159060 - 9040, E-Mail: ueberleitungen@md-bayern.de

Alternativ Patientenaufkleber

**Versicherte(r)**

Name, Vorname:

Straße, Ort:

Geburtsdatum:

Geschlecht:  m  w

Pflegekasse/Direktion:

Versichertennummer:

**Entlassung geplant am:**

nach Hause

in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung

in eine Pflegeeinrichtung

Verlegung in Rehabilitationsklinik

Sonstige:

**Krankenhauses/Rehabilitationseinrichtung**

Name Krankenhaus/Rehabilitationseinrichtung:

Straße, Ort:

**Gesetzlicher Betreuer**

Name:

Straße, Ort:

**Hausarzt**

Name:

Straße, Ort:

**Beantragte Leistungen**

ambulante Sachleistung (§ 36 SGB XI)  Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)  Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)

**Sind Rehabilitationsmaßnahmen beantragt?**  ja  nein

**Einwilligung:**

Ich bin damit einverstanden, dass 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 Medizinischen Dienst Bayern zu versenden. Soweit der Pflegekasse von mir freiwillig überlassene Unterlagen vorliegen, dürfen diese ebenfalls an den Medizinischen Dienst 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 Medizinischen Dienst zu richten. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt zu dem dieser dem Medizinischen Dienst 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:**

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, 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.datenschutz-bayern.de/docs/buerger/datenschutzrechte.html>.

Datum

Unterschrift Versicherter/Betreuer

**Formular wurde ausgefüllt von:**

Name, Funktion, Telefon

Unterschrift

Name, Vorname, Geburtsdatum:

**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 mind. 6 Monate)

 ja nein

*Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!*

	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen
<b>Mobilität</b>				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen (Transfers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>				
Waschen vorderer Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/ Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name, Vorname, Geburtsdatum:

### Ernährung

Ernährung parenteral/PEG/PEJ

Keine, nicht  
täglich

Täglich, zusätzlich  
zur oralen  
Nahrung

Ausschließlich  
oder nahezu  
ausschließlich

### Betreuungsbedarf

Zeitliche Orientierung

(kennt z. B. Tageszeit, Jahreszeit)

Fähigkeit ist  
vorhanden/  
unbeeinträchtigt

Fähigkeit ist  
größtenteils  
vorhanden

Fähigkeit ist  
in geringem Maße  
vorhanden

Fähigkeit ist  
nicht  
vorhanden

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)?

### Behandlungspflege

Medikation

Personelle Hilfe erforderlich?

Nein

Ja

Injektion

Häufigkeit

Täglich wie oft?

x täglich

x täglich

### Sonstiges: