

**Please send the transfer application to the
care department of the insured.**

Insured person(s)

Name, Vorname:

Street, location:

Birth date:

Gender: m w

Care department/direction:

Insurance number:

Discharge planned on:

home

in a short-term care facility

in a care facility

admission to rehabilitation clinic

Other:

Hospital/Rehabilitation facility

Name Hospital/Rehabilitation facility:

Street, location:

Legal guardian

Name:

Street, location:

General practitioner

Name:

Street, location:

Requested services

ambulatory care (§ 36 SGB XI) combination service (§ 38 SGB XI) full-time care (§ 43 SGB XI)

Are rehabilitation measures requested? yes no

Consent:

I hereby consent that the care department and the Medical Service of Bavaria may request medical records, discharge letters and other documents held by the treating doctors, the hospital or the rehabilitation facility for the purpose of assessment and decision on my application for care services. I hereby release the persons and places mentioned above from their duty of confidentiality. Documents provided to the care department may be passed on to the Medical Service of Bavaria. With your consent, the care and health insurance and the service providers are obliged to provide the necessary documents and discharge letters to the Medical Service of Bavaria.

You can revoke your consent at any time, without giving reasons. No further data processing will take place. The withdrawal of consent is only effective from the time of the withdrawal to the Medical Service of Bavaria. It has no retroactive effect. The processing of your data is lawful up to this point in time.

Data protection notice:

The data is processed for the fulfilment of the tasks of the care department according to § 94 Abs. 1 Nr. 3 and 4 SGB XI. The care department needs the data for the assessment of the claim for home or stationary care according to §§ 36, 38, 42 and 43 SGB XI. Your participation is required according to § 60 SGB I. If your participation is missing, a decision on your claim for care services cannot be made (cf. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 and 66 Abs. 1 SGB I). General information on data processing and your rights can be found under <https://www.datenschutz-bayern.de/docs/buerger/datenschutzrechte.html>.

Date

Signature of insured person/guardian

Form completed by:

Name, position, telephone

Signature

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
Mobilität				
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"/>
Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
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

Häufigkeit

Täglich wie oft?

x täglich

Injektion

x täglich

Sonstiges: