

## 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> _____ nach Hause in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine Pflegeeinrichtung Verlegung in Rehabilitationsklinik Sonstige _____
<b>Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitations- einrichtung</b>	<b>Gesetzlicher Betreuer</b> Name: Adresse: <b>Hausarzt</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**

#### Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung 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 MDK 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 MDK 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 Versicherter/Betreuer

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>Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>	Aktivität <b>selbstständig</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>unselbstständig</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 Toilettensuhls</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>Patientenaufkleber/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)?

---



---



---



---

Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit
	Nein	Ja	Täglich (Wie oft wird verabreicht?)
<b>Medikation</b>			
<b>Injektion</b>			

**Sonstiges**

---



---



---



---



---



---