

Please return to:

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:

flegebegründende 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 fremdüber-  
nommen

#### Mobilität

Positionswechsel im Bett (Drehen um die  
Längsachse, Aufrichten)

☐☐☐☐

Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)

☐☐☐☐

Umsetzen (Transfers)

☐☐☐☐

Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs  
(in der Ebene)

☐☐☐☐

#### Körperbezogene Pflegemaßnahmen

Waschen vorderer Oberkörper

☐☐☐☐

Waschen des Intimbereichs

☐☐☐☐

Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)

☐☐☐☐

An- und Auskleiden des Oberkörpers

☐☐☐☐

An- und Auskleiden des Unterkörpers

☐☐☐☐

Essen

☐☐☐☐

Trinken

☐☐☐☐

Benutzen einer Toilette oder eines  
Toilettenstuhls (Gang zur Toilette,  
Intimhygiene, Richten der Kleidung)

☐☐☐☐

Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/  
Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma

☐☐☐☐

Bewältigen der Folgen einer  
Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma

☐☐☐☐

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)

☐☐☐☐

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

Injektion

Personelle Hilfe erforderlich?

Nein

Ja

☐☐☐☐

Häufigkeit

Täglich wie oft?

x täglich

x täglich

### Sonstiges: