**Medizinischer Dienst Nord, Fachbereich Service Pflege,**

**Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg,** Tel. 040 25169 – 5400 (Hamburg)

– 5220 (Lübeck)

– 5620 (Itzehoe/Kiel)

**Bericht des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung zum**

**Antrag auf Pflegeleistungen gemäß SGB XI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname: [ ]**  m **[ ]**  w     **Geburtsdatum:**      **Anschrift:**      **Pflegekasse:**       | **Entlassung geplant am:**      **[ ]**  nach Hause**[ ]**  in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung**[ ]**  in eine Pflegeeinrichtung**[ ]**  Verlegung in Rehabilitationsklinik**[ ]**  Sonstige:      **[ ]**  Pflegedienst, Name, Tel.:       |
| **Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung** (Altern.Patientenaufkleber)  | **Gesetzlicher Betreuer:**Name:      Adresse:      **Hausarzt:** Name:      Adresse:       |

**Beantragte Leistungen:** [ ]  Kurzzeitpflege (KZP)

[ ]  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 Ärzten, dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Ich willige ausdrücklich der Übermittlung und Verarbeitung der Daten an die Pflegekasse zu. Insoweit entbinde ich die o. g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den Medizinischen Dienst Nord 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

**Pflegebegründende Diagnosen (Text, ggf. ICD):**

|  |
| --- |
|       |
|       |

**Einschränkungen/Schädigungen, die die tägliche Lebensführung und Aktivitäten in besonderem Maß beeinträchtigen** *(Warum wird professionelle Hilfe benötigt?)***:**

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |

**Handelt es sich um einen Dauerzustand?** **[ ]  Ja** **[ ]  Nein**

(voraussichtlich für mindestens 6 Monate)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!** |
|           **Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum** | 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) |       |       |       |       |
| **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**  |       |       |       |       |
| **Ernährung parenteral/ PEG/PEJ** |       |       |       |       |
| **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**  |       |       |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum** | **vorhanden/ unbeeinträchtigt** | **größtenteils vorhanden** | **in geringem Maße** **vorhanden** | **nicht** **vorhanden** |
| **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** |  |  |  |  |
| **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)?

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Personelle** **Hilfe erforderlich?** | **Häufigkeit** |
| **Behandlungspflege** **(voraussichtlich über 6 Monate)** | **Nein** | **Ja** | **Täglich****(Wie oft wird verabreicht?)** |
| **Medikation** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Injektion** | [ ]  | [ ]  |       |

**Sonstiges/Besonderheiten:**

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |