

Bitte weiterleiten - eilt sehr

Dieses Formular kann nur genutzt werden, sofern kein Pflegegrad (0) bzw. bei beantragter stationärer Pflege lediglich Pflegegrad 0 oder 1 vorliegt

### Antrag

<b>an:</b>	<b>zuständigen Sozialhilfeträger</b>	<i>Notwendigkeit stationärer Pflege gemäß SGB XII Hilfe zur Pflege <u>nur</u> bei Nichtpflegeversicherten</i>
<b>an:</b>	<b>zuständige Pflegekasse, auf:</b>	<i>vollstationäre Pflege (§ 43,43b SGB XI)</i>
	<i>Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)</i>	<i>dringende wohnumfeldverbessernde Maßnahmen</i>
	<b>wenn ohne unverzügliche Begutachtung eine Versorgungslücke für den Patienten entsteht!</b>	
	<i>ambulante Sachleistung (§ 36 SGB XI)</i>	<i>Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI)</i>
<b>Folgende zusätzliche Anträge wurden gestellt:</b>		
	<i>Antrag auf stationäre/ambulante Palliativversorgung</i>	<i>Antrag auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit</i>

#### Adressat

#### Kontaktdaten des Krankenhauses

<b>Name und Anschrift der Pflegekasse</b>	<b>Name und Anschrift des Krankenhauses</b>
<b>Name und Anschrift des Sozialhilfeträgers</b>	<b>Daten des Krankenhaussozialdienstes</b>
<i>Sozialhilfeträger über (neuen) Pflegegrad informieren</i>	Vor-/Name des Ansprechpartners:
	Funktion:
	Telefonnr.:
	Fax-Nr.:
	Station/Etage:
	Telefonnr. Station/Etage:

#### Angaben zum Pflegebedürftigen

#### Information zur Entlassung

geboren am:	Entlassung geplant am:
KV-Nummer:	in die ambulante pflegerische Versorgung
Pflegekasse:	in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung
<b>Adresse:</b>	in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung
Angehöriger                      Bevollmächtigter	Verlegung in Rehabilitationsklinik
Ges. Vertreter / Betreuer	mit intensivmedizinischpflegerischer Versorgung
	<b>Name und Anschrift des Hausarztes</b>
	Reha-Maßnahmen beantragt: <b>ja</b> <b>nein</b>
	Anmerkungen:
bitte über Begutachtungstermin informieren	

, geboren am:

**Bericht des Krankenhauses**

<b>pflegebegründende Diagnose (Text):</b>
<b>ggf. ICD:</b>
<b>Dauerzustand</b> (mindestens 6 Monate) <b>Ja</b> <b>Nein</b>

<u>besondere Behandlungspflege</u>	personelle Hilfe erforderlich?			Keine Angaben (möglich)
	ja	nein	wie oft täglich?	
Medikation				
Injektion				
Portversorgung				
Tracheostoma				
<b>Sonstiges</b>				

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

---



---



---

Aktivitäten wie folgt möglich (bitte ankreuzen)	selbständig, ggf. mit Hilfsmitteln	mit geringer, punktuel- ler Hilfe	nur mit geringer Eigenbeteili- gung; <b>überwiegende personelle Hilfe</b>	unselbständig, wird fremdüber- nommen	keine Angaben möglich
<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 Stations-/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 Toilettenstuhls</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>					

, geboren am:

**Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:**

Bestehen z. B. Unruhezustände, aggressives/ abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

---



---



---



---

wie folgt (bitte ankreuzen) vorhanden:	nicht beeinträchtigt	größtenteils	in geringem Maße	nicht vorhanden	keine Angaben möglich
<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)					

**Sonstiges:**

---



---



---



---



---



---



---

Weitere Besonderheiten im Anhang (gesondertes Blatt): **Ja** **Nein**

\_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Krankenhaus**

, geboren am:

## Datenschutzhinweise und Einwilligungen

### Datenschutzhinweise

Gemäß § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) sind die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., den Betroffenen sowie ihren Vertretungen und den Angehörigen mit dem Ziel zusammenzuwirken, den Übergang von der Krankenhausbehandlung in die eigene Wohnung oder unter Wahrung der Wahlfreiheit in eine Pflegeeinrichtung sicherzustellen. Über die Zusammenarbeit haben die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit den kommunalen Spitzenverbänden und den Vereinigungen der Trägerinnen und Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eine Vereinbarung geschlossen. Diese Vereinbarung ist für die zugelassenen Krankenhäuser sowie die Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen unmittelbar verbindlich. Über entsprechende Bevollmächtigungen der kommunalen Spitzenverbände kann zur Vermeidung von Einzelvereinbarungen auch eine Verbindlichkeit für die Kommunen hergestellt werden. Ziel der Vereinbarung ist eine bedarfsgerechte nahtlose pflegerische Versorgung der Patienten.

**Um den unmittelbaren Übergang von Ihrer Krankenhausbehandlung zu einer notwendigen pflegerischen Versorgung sicherzustellen, ist die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich.** Empfänger der Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte sein.

Die Daten werden von den Krankenhäusern, der Pflegekasse sowie den zuständigen Gutachterdiensten zur Erfüllung der Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI sowie zum Zwecke der Leistungsgewährung nach §§ 18ff SGB XI erhoben und verarbeitet.

Das Mitwirken des Pflegebedürftigen (Antragstellers) ist nach § 60 SGB I erforderlich. Eine fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen in der Leistungsgewährung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten stellt Ihnen die im Krankenhaus zuständige Stelle oder die zuständige Pflegekasse auf Wunsch zur Verfügung.

### Einwilligungserklärungen / Ermächtigungen

**Ich willige ein, dass dieser Antrags- und Berichtsbogen mit den oben genannten Daten**

**an die zuständige Pflegekasse und den zuständigen Gutachterdienst** zur Vorbereitung und Durchführung des Begutachtungsverfahrens nach § 18 SGB XI (Verfahren zur Festsetzung der Pflegebedürftigkeit) übersandt wird.

*- wenn der Antrag nur oder auch an den Sozialhilfeträger gerichtet wird -*

**an den zuständigen Sozialhilfeträger** als Antrag auf Hilfe zur Pflege bei Nichtpflegeversicherten und/oder zur Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Pflege übersandt wird.

**Ich willige weiterhin ein, dass**

die Pflegekasse, der zuständige Gutachterdienst und der Sozialhilfeträger (soweit dieser in dieses Antragsverfahren einbezogen wurde) von den mich behandelnden Ärzten und nichtärztlichen Mitarbeitern des Krankenhauses weitere Auskünfte, ärztliche Unterlagen sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern können, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Die angeforderten Unterlagen sind vom Krankenhaus unmittelbar an die

, geboren am:

zuständigen Pflegekassen, Gutachterdienste und ggf. Sozialhilfeträger zu übersenden. Insoweit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte und nichtärztlichen Mitarbeiter des Krankenhauses von ihrer Schweigepflicht.

**Ferner willige ich ein, dass**

**die zuständige Pflegekasse,**

dem Krankenhaus, der mit meiner Anschlussversorgung beauftragten zugelassenen Pflegeeinrichtung sowie im Bedarfsfall dem zuständigen Sozialhilfeträger das (ggf. vorläufige) Ergebnis der Begutachtung (das sozialmedizinische Gutachten) und den vorherigen Pflegegrad übermittelt.

**der zuständige Gutachterdienst,**

den vorgenannten (vgl. Seite 1) Angehörigen/Bevollmächtigten/ges. Vertreter/Betreuer, über den Begutachtungstermin informiert.

**der zuständige Gutachterdienst,**

das Krankenhaus über das (ggf. vorläufige) Ergebnis der Begutachtung informiert.

**das Krankenhaus,**

die mit meiner Anschlussversorgung beauftragte Pflegeeinrichtung über das (ggf. vorläufige) Ergebnis der Begutachtung (soweit dies vor Entlassung vorliegt) sowie den voraussichtlichen Tag meiner Entlassung aus dem Krankenhaus informiert.

*- wenn der Antrag nur oder auch an den Sozialhilfeträger gerichtet wird -*

**der zuständige Sozialhilfeträger,**

dem Krankenhaus und der mit meiner Anschlussversorgung beauftragten Pflegeeinrichtung das Prüfergebnis über die Notwendigkeit stationärer Pflege (§ 65 SGB XII) sowie das Ergebnis der Begutachtung übermittelt.

Ich wurde informiert, dass diese Einwilligungen freiwillig sind und jederzeit widerrufen werden können, aber durch den Widerruf der Einwilligungen die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung von personenbezogenen Daten nicht berührt wird.

Ferner wurde ich informiert, dass ohne Einwilligung in die Datenverarbeitung oder nach Widerruf, Anschlussmaßnahmen sowie Pflege- und Sozialhilfeleistungen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen können. Bei Anträgen auf Leistungen der Pflegekassen oder Sozialhilfeträger kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Unterschrift des Pflegebedürftigen (Antragsteller)

(ggf.) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten

\_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter