

Antrag auf Umwandlung ambulanter in stationäre Leistungen

1. Allgemeine Angaben

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ erreichbar von: _____ bis: _____

2. Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit wurde festgestellt am _____ Pflegestufe: _____

Name der stationären Einrichtung _____

Anschrift _____

Seit wann in der Einrichtung _____

Angaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig.

3. Gründe der stationären Pflege: Ausfall der bisherigen Pflegeperson wegen: _____

fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
weil: _____

drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des /
der Pflegebedürftigen

Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des / der
Pflegebedürftigen

räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die
eine häusliche Pflege nicht ermöglichen,

Welche?: _____

Warum kann die Pflege nicht über einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt werden? _____

Sonstige Bemerkungen: _____

<p>4. Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres behandelnden Arztes an.</p>	<p>_____</p> <p>Name</p> <p>_____</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p> <p>Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____</p>
<p>5. Haben Sie einen Betreuer, oder ist sonst jemand bevollmächtigt, für Sie Erklärungen abzugeben oder entgegenzunehmen?</p> <p>Bitte entsprechende Vollmacht bzw. Betreuungsurkunde beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>_____</p> <p>Name, Vorname</p> <p>_____</p> <p>Anschrift</p> <p>Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____</p>
<p>6. Angaben zu Ihrer Pflegeperson</p>	<p>_____</p> <p>Name, Vorname</p> <p>_____</p> <p>Anschrift</p> <p>_____</p> <p>Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____</p>
<p>7. Sind die zur Pflegebedürftigkeit führenden Leiden verursacht durch</p> <p>a) einen Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit</p> <p>b) eine anerkannte Kriegsdienstbeschädigung oder eine militärische Dienstleistung?</p> <p>c) einen Dritten (z.B. Verkehrsunfall oder durch eine Tätlichkeit)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____</p> <p>*) Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid bei</p>
<p>8. Besitzen Sie einen gültigen Schwerbehindertenausweis?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____</p> <p>Wenn ja, bitte Kopie (beidseitig) des Schwerbehindertenausweises beifügen</p>
<p>9. Bei welchen der nebenstehenden Vorrichtungen benötigen Sie regelmäßig eine Hilfe?</p> <p>(Ankreuzen genügt)</p>	<p>Körperpflege:</p> <p><input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Duschen/Baden <input type="checkbox"/> Zahnpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Kämmen/Rasieren <input type="checkbox"/> Darm-/Blasenentleerung</p> <p>Ernährung:</p> <p><input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme</p> <p>Mobilität:</p> <p><input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden</p> <p><input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Treppensteigen</p> <p><input type="checkbox"/> Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung</p> <p>Hauswirtschaftliche Versorgung:</p> <p><input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Kochen <input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung</p> <p><input type="checkbox"/> Spülen <input type="checkbox"/> Beheizen der Wohnung</p> <p><input type="checkbox"/> Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung</p>

Bitte unbedingt ausfüllen!

10. Haben Sie nach deutschen beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*) *) Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis Ihrer Beihilfe- bzw. Heilfürsorgestelle bei.
---	--

Bitte geben Sie in jedem Falle Ihre Bankverbindung und Telefonnummer an!

Geldinstitut: _____

Konto-Nr.: _____

Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen) und Befundberichte hinzugezogen werden. Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwerten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z.B. einem anderen Gutachter) oder anderen Sozialleistungsträgern (z.B. Krankenkasse, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzlichen Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 75 Abs. 2 SGB X)
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei meinem Widerspruch aber die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden können, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten