

Selbstauskunft zum Pflegestatus und zur Bettenversorgung

Datenschutzhinweis:

Die Angaben sind notwendig, damit wir unsere Leistungspflicht prüfen können (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 u. 7 SGB V, § 67a SGB X). Sie sind gesetzlich verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sind (§ 60 SGB I). Durch die Beantwortung beschleunigen Sie das Genehmigungsverfahren, fehlende Angaben können Ihren Leistungsanspruch gefährden.

Persönliche Daten von:

geboren am :

KV-Nr.

Welche der folgenden Verrichtungen müssen im Bett vorgenommen werden?

Waschen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnpflege	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Windelwechsel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Essen/Trinken geben	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Umlagern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
An-/Ausziehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Welche sonstigen pflegerischen Verrichtungen müssen im Bett durchgeführt werden?

Warum ist Ihr vorhandenes Bett bzw. eine Zurüstung (z. B. Bettgalgen) nicht mehr ausreichend?

In welchem Umfang besteht Bettlägerigkeit?

Diagnose/bestehende Einschränkungen

Angaben durch (Name, Vorname)

Telefonnummer für Rückfragen (freiwillige Angabe)

Datum

Unterschrift