

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 nein

Zahnpflege ja nein

Windelwechsel ja nein

Essen/Trinken geben ja nein

Umlagern ja nein

An-/Ausziehen ja nein

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