

Stempel der Beratungsstelle

Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
Thüringen e.V.

Für diesen Bericht ist die Nr. 8100 auf Blatt 3
dieses Formulars bei der KV berechnungsfähig.

| Arztanfrage | | |
|---|--------------|-------------|
| - Anfrage zu einem verstorbenen Patienten - | | |
| (Einverständnis des Antragstellers liegt vor) | | |
| Patientendaten | | |
| Name und Vorname des Patienten | Geburtsdatum | Pflegekasse |
| Adresse (Straße, PLZ, Ort) | | |

Blatt 1 - für MDK
Blatt 2 - behandelnder Arzt
Blatt 3 - KV

- Diagnosen (soweit zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevant)
- Anamnese (in Bezug auf oben genannte Diagnosen) in der letzten Lebensphase:

3. wesentliche Funktionsdefizite (soweit nicht durch Hilfsmittel ausgeglichen)

| | | |
|---|--|---|
| <p>a) <u>Nervensystem/Psyche/ Sinnesorgane Allgemeines</u></p> <p>bewußtseingetrübt <input type="checkbox"/></p> <p>örtlich desorientiert <input type="checkbox"/></p> <p>zeitlich desorientiert <input type="checkbox"/></p> <p>unruhig <input type="checkbox"/></p> <p>Psychose <input type="checkbox"/></p> <p>Selbstgefährdung <input type="checkbox"/></p> <p>Fremdgefährdung <input type="checkbox"/></p> | <p><u>Epileptische Anfälle</u></p> <p>häufig <input type="checkbox"/></p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>selten <input type="checkbox"/></p> <p><u>Sehvermögen</u></p> <p>blind <input type="checkbox"/></p> <p>fast blind <input type="checkbox"/></p> | <p><u>Hörvermögen</u></p> <p>taub <input type="checkbox"/></p> <p>fast taub <input type="checkbox"/></p> <p><u>Sprach- und Sprechvermögen</u></p> <p>massiv gestört <input type="checkbox"/></p> <p>gestört <input type="checkbox"/></p> <p><u>Sprachverständnis</u></p> <p>massiv gestört <input type="checkbox"/></p> <p>gestört <input type="checkbox"/></p> |
| <p>b) <u>Stütz- und Bewegungsorgane</u></p> <p>obere Extremitäten <input type="checkbox"/></p> <p>untere Extremitäten <input type="checkbox"/></p> <p>Wirbelsäule <input type="checkbox"/></p> | <p>funktionsfähig</p> <p>teilweise <input type="checkbox"/></p> <p>nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Amputation <input type="checkbox"/></p> | <p><u>Funktionsbeeinträchtigung durch</u></p> <p>Versteifung <input type="checkbox"/></p> <p>Lähmung <input type="checkbox"/></p> <p>Deformierung <input type="checkbox"/></p> <p>einseitig <input type="checkbox"/></p> <p>zweiseitig <input type="checkbox"/></p> |
| <p>c) <u>Inkontinenz</u></p> <p>Blase <input type="checkbox"/></p> <p>Darm <input type="checkbox"/></p> | <p>vorübergehend <input type="checkbox"/></p> <p>ständig <input type="checkbox"/></p> | <p>Dauerkatheter <input type="checkbox"/></p> <p>Stoma <input type="checkbox"/></p> |

4. Pflegebedarf (unter Berücksichtigung der vorhandenen Hilfsmittel)
Hilfen erforderlich bei

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <p>a) <u>Körperpflege</u></p> <p>- Waschen <input type="checkbox"/></p> <p>- Duschen/Baden <input type="checkbox"/></p> <p>- Zahnpflege <input type="checkbox"/></p> <p>- Kämmen/Rasieren <input type="checkbox"/></p> <p>- Darm-/Blasenentleerung <input type="checkbox"/></p> | 1-2 x tgl | 3 x tgl | <p>c) <u>Mobilität:</u></p> <p>- Aufstehen/zu Bett gehen <input type="checkbox"/></p> <p>- An-/Auskleiden <input type="checkbox"/></p> <p>- Sitzen <input type="checkbox"/></p> <p>- Gehen <input type="checkbox"/></p> <p>- Treppensteigen <input type="checkbox"/></p> <p>- Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung <input type="checkbox"/></p> | 1-2 x tgl | 3 x tgl |
| <p>b) <u>Ernährung</u></p> <p>- mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/></p> <p>- Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <p>d) <u>Hauswirtschaftl. Versorgung</u> (Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Waschelei, Waschen der Wäsche/Kleidung)</p> | mehrfach <input type="checkbox"/> | wöchentlich <input type="checkbox"/> |

War in diesem Fall eine „rund um die Uhr“-Betreuung med. notwendig? ja nein

War bei schwankenden Krankheitsverläufen ggf. auch nur fallweise Hilfe erforderlich? ja nein

Versorgung erfolgte durch wen?

1 (Bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

Datum/Unterschrift des Arztes

Für diesen Bericht ist die Nr. 8100 auf Blatt 3
dieses Formulars bei der KV berechnungsfähig.

Blatt 1 - für MDK
Blatt 2 - behandelnder Arzt
Blatt 3 - KV

| Arztanfrage | | |
|---|--------------|-------------|
| - Anfrage zu einem verstorbenen Patienten - | | |
| (Einverständnis des Antragstellers liegt vor) | | |
| Patientendaten | | |
| Name und Vorname des Patienten | Geburtsdatum | Pflegekasse |
| Adresse (Straße, PLZ, Ort) | | |

1. Diagnosen (soweit zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevant)
2. Anamnese (in Bezug auf oben genannte Diagnosen) in der letzten Lebensphase:

3. wesentliche Funktionsdefizite (soweit nicht durch Hilfsmittel ausgeglichen)

| | | |
|--|---|---|
| <p>a) <u>Nervensystem/Psyche/ Sinnesorgane Allgemeines</u></p> <p>bewußtseinsgetrübt <input type="checkbox"/></p> <p>örtlich desorientiert <input type="checkbox"/></p> <p>zeitlich desorientiert <input type="checkbox"/></p> <p>unruhig <input type="checkbox"/></p> <p>Psychose <input type="checkbox"/></p> <p>Selbstgefährdung <input type="checkbox"/></p> <p>Fremdgefährdung <input type="checkbox"/></p> | <p><u>Epileptische Anfälle</u></p> <p>häufig <input type="checkbox"/></p> <p>gelegentlich <input type="checkbox"/></p> <p>seltén <input type="checkbox"/></p> <p><u>Sehvermögen</u></p> <p>blind <input type="checkbox"/></p> <p>fast blind <input type="checkbox"/></p> | <p><u>Hörvermögen</u></p> <p>taub <input type="checkbox"/></p> <p>fast taub <input type="checkbox"/></p> <p><u>Sprach- und Sprechvermögen</u></p> <p>massiv gestört <input type="checkbox"/></p> <p>gestört <input type="checkbox"/></p> <p><u>Sprachverständnis</u></p> <p>massiv gestört <input type="checkbox"/></p> <p>gestört <input type="checkbox"/></p> |
| <p>b) <u>Stütz- und Bewegungsorgane</u></p> <p>obere Extremitäten <input type="checkbox"/></p> <p>untere Extremitäten <input type="checkbox"/></p> <p>Wirbelsäule <input type="checkbox"/></p> | <p><u>funktionsfähig</u></p> <p>teilweise <input type="checkbox"/></p> <p>nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Amputation <input type="checkbox"/></p> <p>Versteifung <input type="checkbox"/></p> <p>Lähmung <input type="checkbox"/></p> <p>Deformierung <input type="checkbox"/></p> <p>einseitig <input type="checkbox"/></p> <p>zweiseitig <input type="checkbox"/></p> | <p><u>Funktionsbeeinträchtigung durch</u></p> <p>ständig <input type="checkbox"/></p> <p>Dauerkatheter <input type="checkbox"/></p> <p>Stoma <input type="checkbox"/></p> |
| <p>c) <u>Inkontinenz</u></p> <p>Blase <input type="checkbox"/></p> <p>Darm <input type="checkbox"/></p> | <p>vorübergehend <input type="checkbox"/></p> <p>ständig <input type="checkbox"/></p> | <p><u>Mobilität</u></p> <p>- Aufstehen/von Bett gehen <input type="checkbox"/></p> <p>- An/Auskleiden <input type="checkbox"/></p> <p>- Stehen <input type="checkbox"/></p> <p>- Gehen <input type="checkbox"/></p> <p>- Treppensteigen <input type="checkbox"/></p> <p>- Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung <input type="checkbox"/></p> |
| <p>d) <u>Ernährung</u></p> <p>- mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/></p> <p>- Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/></p> | <p>1-2 x tgl. <input type="checkbox"/></p> <p>3 x tgl. <input type="checkbox"/></p> | <p><u>Hauswirtschaftl. Versorgung</u></p> <p>(Einkaufen; Kochen; Reinigen der Wohnung; Wäsche/Waschen der Wasche/Kleidung)</p> <p>mehrfach <input type="checkbox"/></p> <p>wöchentlich <input type="checkbox"/></p> |

War in diesem Fall eine „rund um die Uhr“-Betreuung med. notwendig? ja nein

War bei schwankenden Krankheitsverläufen ggf. auch nur fallweise Hilfe erforderlich? ja nein

Versorgung erfolgte durch wen?

2 (Bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

Datum/Unterschrift des Arztes

Stempel der Beratungsstelle

Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
Thüringen e.V.

Für diesen Bericht ist die Nr. 6100 auf Blatt 3
dieses Formulars bei der KV berechnungsfähig.

| | | |
|---|--------------|-------------|
| Arztanfrage – Anfrage zu einem verstorbenen Patienten – | | |
| (Einverständnis des Antragstellers liegt vor) | | |
| Patientendaten | | |
| Name und Vorname des Patienten | Geburtsdatum | Pflegekasse |
| 3 Adresse (Straße, PLZ, Ort) | | |

Blatt 1 -- für MDK
Blatt 2 -- behandelnder Arzt
Blatt 3 KV