Stempel der Beratungsstelle

1 (Bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

## Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Thüringen e.V.

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

Datum/Unterschrift des Arztes

	- Anfrage :		rztanf m vers		en Patient	en			
(Einverständnis des Antragstellers li									
	****	Pati	ienter	ndate	en .				
Name und Vorname des Patienten	G	ieburtsda	atum		Plage	ekasse	- 7 -		- für MDK
Adresse (Straße, PLZ, Ort)									Blatt 1
<ol> <li>Diagnosen (soweit zur Feststellu</li> </ol>	ng der Pflegeb	edürkigk	eit releva	nt)	ž	-,			5
2. Anamnese (in Bezug auf oben g	enannte Diagn	osen) in	der letzte:	n Lebens	phase:				
3. wesentiiche Funktionsdefizite (s	oweit nicht dur	ch Hilfsm	nittel auso	eglichen)					
a) Nervensystem/Psyche/ Sinnesorgane Allgameines bewoltseinsgetrübt D ödlich desorientiert D peritikh desorientiert D unruhig D Psychose D	Eoileptisch: Anfälle haufg gelegentlich seiten Sehvermög	2	ם ה		Hönvermöge taub fast taub Sprecin- und massiv gestön gestön	ວ ວ່ I Sprechverm ວ ວ	i <u>őgen</u>		
	blind fast blind		5		Spraphyerst masswigestori	andnis			
Selbstgefährdung D Fremdgefährdung D	1031 03				gestäd	c 2			
Framdgefandung D  b) Stütz- und Bawegungsorgane	funktionsfä teilweise	nicht	Amputation	Varsteif. □	gestät	einträchtigun	g durch einsetg D	zweiseis L	
Fremdgefandung D  Stütz- und Bewegungsorgene  obere Extremitäten untere Extremitaten Wirbelsäufe  C) Inkontinenz	funktionsfä teilweise u u u		c c c ehend	ם ם ständ:g	gestict Funktionsbe Funktionsbe and Lénmung D D	einträchtigun Deformisrung L J J	einseitig		
Fremdgefanrdung D  Stütz- und Bewegungsorgene  obere Extremitation untere Extremitation Wirbefsäufe	funktionsfä teilweise ນ ນ ນ	nicht D D	ממח	ם ם ständ:g	gestört Funktionsbering Lähmung Die Die Die der Berkeibeter	einträchtigun Belormierung L L	einseitig Di	) ]	
b) Stütz- und Bewegungsorgene obere Extremitaten untere Extremitaten Wirbelsäule c) Inkontinenz Blase Oarm 4. Pflegebedarf (unter Berücksichtig	funktionsfä teilweise u u u u	nicht p p p orüpərg	c c c ehend c	Ständig Ständig Oat Stan	gestört Funktionsbering Lähmung Die Die Die der Berkeibeter	eintrachtigun Defamierung J J D	einseitig Di	) ]	4
Fremdgefandung D  Stütz- und Bewegungsorgene  obere Extremitaten untere Extremitaten Wirbelsaufe  C) Inkontinenz Blase Darm  4. Pflegebedarf (unter Berücksichtie Hilfen erforderlich bei	funktionsfä teilweise u u u u	inicht a a a vorüberg vorüberen	o o ehend o u Hilismittel	D D D Ständig Oatu Ston	gestön  Funktionsbel ang Lähmung  D  D  arkatheter ne  Mobilität  - Aufstehen/au  - An-Ausskielde  - Stehen  - Genen  - Trappensterge	Bett gehen	einsettig D D D	בהנ 1+2 x tgl כנור	אַ גע מר ה ה ה א סר ה ה ה ה א
Framdgefandung D  b) Stütz- und Bewegungsorgene obere Extremitaten untere Extremitaten Wirbefaaute c) Inkontinenz Brase Oarn 4. Pflegebedarf (unter Berücksichtie Hilfen erforderlich bei + e) Körgerpflege – Waschen — Ousthen/Baden – Zahnpflege – Kämmen/Basieren	funktionsfä teilweise u u u gung der vorha 1–2 x tgl- u u u	vorüberg  andenen  3 x tgl  andenen  3 x tgl  andenen  3 x tgl	o o ehend o u Hilismittel	Ständig Osu Stan )	gestön  Funktionsbe ang Lähmung  D  D  erkatheter na  Mobilität  - Aufstehenfor  - Answirteide  - Stenen  - Genen  - Treptensteige  - Verlassen/Mie  Hauswirtsch  (Einkaufan, Koolder Wohnung; W	einträchtigun Defamlerung D D D D D D D D D D D D D D D D D D D	einseitig D D D D	בהנ 1+2 x tgl כנור	,

## Medizinischer Dienst der Krankenversicherung . Thüringen e.V.

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

	Arztanfraç	,	
— An	ıfrage zu einem verstorb	enen Patienten –	
(Sinverständnis des Antragstellers liegt vo	0()		•
	Patientenda	iten	
Name und Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Plegskasse	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	38		; *

- 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)

Of the Santificine Total Monadone to	SCHOOL THOMAS	······································	- 5 ,				
a) Nervensystem/Psyche/	Epileptische	,	Hörvermö	gen			
Sinnesorgane Allgemeines	Anfälle		taub	ت ت	27		
bewußtseinsgetrübt D	häufig	5	fast taub	2			
örlich desprientiert - D	gelegentlich	C	Sprach- II	nd Sprechvern	iñgen		
zeitlich desprientiert – D	selten	D)	massiv gesto	THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE OWNER.	199511		
enrehig D	Sehvermögen		Cestori	5			
Psychose LI	blend	د	-				
Selbstgefahrdung U	fast blind	5	Sprachve	ent had been been described as a fact of the second			
Fremdgefährdung U	1001 01110	_	massiv gestő gestori	a			
b) Stütz- und Bewegungspraane	funktionsfähig		Funktions	peeinträchtigun	a durch		
	teilweise "nicht	Amputation	Verstellung Lähmur	e Defermiarung	elosadio	zwe setic	
obere Extremitaten	5 5	D	ט ט	່	٦.	3	
untere Extremitaten	5 5	୍ର	50 G	= b	ت	ت ت	
Wirbelsaule	ב נ		c c	ב	۳	1	
c) Inkontinenz	vorüber	aehend	ständig				
Blase	D D	7	Dauerkatheter	5			
Darm S	Þ	- 3	Storna	Di Co			
4. Pilegebedari (unter Berücksicht	igung der vorhandener	Hilfsmittel)	)	8			
Hillen erforderlich bei		~				*	
a) Körperpliege	1-2 x tgl 3 x ta	t.	c) Mobilität			1-2 x tgl.	3 x tal-
- Waschen '	ב ב		- Aufstehen/	zu Bett gehen		5	<b>ນ</b> ້
- Duschen Baden	5 5		- An-'Auskle	den		D.	۵
- Zahnollede	ם כ		- Stehen			ī	D D
- Kammen Rasieren	i i		- Gaten			)	D
- Darm-/Blasenentleerung	5 5		<ul> <li>Trappanste</li> </ul>			ت	ت
			<ul> <li>Verlassen,*</li> </ul>	Mederaufsuchen d	er Wohnung	Ξ.	ם
b) Ernährung			d) Hauswirts	chafd, Versorgi	100	mehrfach	wöchentlich
- mundgerechte Zubereitung	5 5	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	(Einkaufen; K	lochen; Reinigen		D D	0
- Nahrungsaufnahme	5 5		der V/ohnung	: Wachseln/			
			Waschen der	Wasche Kieldung)			
War in diesem Fall eine "rund um d	ie Uhr"-Betreuung med	. notwendig	?	ja o		nein	o ,
War bei schwankenden Krankheitsv	erläufen ggf. auch nur	fallweise H	ilie erforderlich?	ja 🗀	,	nein	0
Versorgung erfolgte durch wen?				4	39		
Asisoistand surviges agreet were:				1			8

## Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Thüringen e.V.

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

Arztanfra rage zu einem verstorb	ge Denen Patienten –	
)		
Patientenda	aten	
Gebudsdatum	Pflegekasse	
	rage zu einem verstork Patientenda	Patientendaten

Diatt 1 – für MDK Blatt 2 – behandelnder Arzt Blatt 3 – KV