

Ihr Antrag auf Leistungen in der Pflegeversicherung

Sie wollen für sich oder einen Angehörigen Pflegeleistungen beantragen. Sanubi hat Ihnen einige wichtige Dokumente vorbereitet.

- einen formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung
- eine Vollmacht, falls Sie die Leistungen für eine andere Person beantragen wollen
- ein Pflegetagebuch – ausgerichtet auf die ab 2017 gültigen Pflegegrade - zur Dokumentation in Vorbereitung auf die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- einen Antrag auf Pflegehilfsmittel (PHM)

Den Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung schicken Sie ausgefüllt an Ihre Krankenkasse.

In Ihrem Pflegetagebuch dokumentieren Sie in ähnlicher Weise wie der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen. Sanubi empfiehlt, das Tagebuch über zehn Tage zu führen, da gerade demente oder depressive Menschen gute und schlechte Tage haben können. Das Tagebuch vermag so den Eindruck der Gutachter des MDK beim einmaligen Besuches unterstützen oder aber korrigieren.

Nach Erteilung eines Pflegegrades haben Sie – gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI – einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel zum Verbrauch von Ihrer Pflegekasse. Die Pauschale für die Pflegehilfsmittel beträgt 40 Euro jeden Monat, d. h. Sie sparen jährlich bis zu 480 Euro.

Allerdings erhalten Sie Ihre Pflegehilfsmittel nicht automatisch.

Daher finden Sie im Anhang einen Antrag auf Pflegehilfsmittel. Schicken Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag an uns. Wir kümmern uns dann um die Genehmigung Ihrer Pflegehilfsmittel.

Wir liefern Ihnen die Pflegehilfsmittel in der praktischen Sanubi-Box und rechnen diese direkt mit Ihrer Pflegekasse ab. Ihnen entstehen keine Kosten.

Absender

.....
.....
.....

Adressat Krankenkasse

Einstufung in einen Pflegegrad

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit stelle ich für

Vorname
Name
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort
Telefonnummer
Versicherten-Nummer

einen formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.
Sofern der Antragsteller den formlosen Antrag nicht selbst unterschrieben hat,
liegt diesem Schreiben eine Vollmacht bei.

Mit freundlichem Gruß

.....
Datum, Unterschrift

1. Antragsteller

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Stadt:

Telefonnummer:

Versichertennummer:

2. Antrag und gewünschte Leistung

Antrag auf:

gewünschte Leistung:

3. Die Pflege wird durchgeführt von

Pflegedienst:

Pflegeheim:

Angehöriger:

Betreuer:

4. Pflegebedürftigkeit

Hilfebedarf besteht bei:

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

Besteht für den Fall der Pflegebedürftigkeit von anderer Stelle Anspruch auf
Pflegeleistungen bzw. werden bereits Pflegeleistungen bezogen?

5. Behandelnder Arzt

.....

.....

6. Kontodaten

Das beantragte Pflegegeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Vor- und Name des Kontoinhabers:

IBAN:

BIC:

7. Einwilligungserklärung gemäß § 18 Abs. 4 SGB XI

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

- meinen Hausarzt/behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt und
- die mich pflegenden Angehörigen sowie sonstige Personen und Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt und die oben genannte Pflegekasse meine Telefonnummer für Rückfragen und Einholung von Auskünften von den beteiligten Leistungserbringern nutzen können.

Diese Angabe ist freiwillig. Ich kann der Nutzung jederzeit bei der o.g. Pflegekasse und beim MDK widersprechen.

.....
Ort, Datum Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

8. Erklärung

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z.B. Änderung der Pflegeperson, Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/ Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

.....
Ort, Datum Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten

Vollmacht

Von Vollmachtgeber/in

Name:

Geburtsdatum:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Stadt:

Telefonnummer:

Versichertennummer:

an Vollmachtnehmer/in

Name:

Geb.:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Stadt:

Telefonnummer:

Hiermit wird der eingetragene Vollmachtnehmer (m/w) und Vertrauensperson bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die im Folgenden von mir als Vollmachtgeber/in angegeben sind. Die Vollmacht wird ausgestellt, um eine gerichtlich angeordnete Betreuung zu vermeiden und bleibt damit auch gültig, wenn ich als Vollmachtgeber/in nach der Erstellung geschäftsunfähig geworden sein sollt.

Die Vorsorgevollmacht ist gültig, so lange die bevollmächtigte Person die Urkunde besitzt und diese bei stellvertretenden Aufgaben auch im Original vorlegt.

Bevollmächtigungen im Einzelnen:

- Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit
- Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten
- Behörden und Gerichtsangelegenheiten
- Vermögensangelegenheiten
- Post und Fernmeldeverkehr
- Untervollmachten
- Betreuungsverfügung

Sollte trotz der vorliegenden Vollmacht eine rechtliche Betreuung notwendig sein, bitte ich darum den eingetragenen Vollmachtnehmer als Betreuungsperson zu bestellen.

Datum, Ort

.....

Unterschrift (Vollmachtgeber) Unterschrift (Vollmachtnehmer)

Pflegetagebuch

Pflegeaufwand - Information und Dokumentation



Dokumentation in Vorbereitung der Begutachtung durch den
Medizinischen Dienst der Krankenkassen

unter Beachtung der neuen Pflegegrade

2017

Das Pflegetagebuch wird geführt von:

bis:

Pflegebedürftiger

Name, Vorname

geboren am

Adresse

Telefon

Gesetzliche/r Vertreter/in, bevollmächtigte/r Betreuer/in

Name, Vorname

Telefon

Adresse

Person(en), die das Pflegetagebuch führen

Name, Vorname

Telefon

Adresse

Unterschrift Pflegebedürftige(r)
gesetzliche/r Vertreter/in

Unterschrift Tagebuchführer/in

Ab Januar 2017 wird der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen verstärkt ins Zentrum gerückt. So haben sich die Maßstäbe für die Pflegebedürftigkeit verändert und beziehen sich nicht mehr nur auf einige Verrichtungen der Grundpflege, sondern auf alle relevanten Bereiche der elementaren Lebensführung. Es wird nun nach dem Grad der Selbstständigkeit bewertet und nicht mehr nach dem Zeitaufwand der Pflege.

Wir empfehlen, das Pflegetagebuch zehn Tage lang zu führen, etwa ab dem Zeitpunkt der Beantragung eines Pflegegrades bei der Krankenkasse. Das Tagebuch vermag so den Eindruck der Gutachter des MDK beim einmaligen Besuches unterstützen oder aber korrigieren.

Module und deren Gewichtung

1. Mobilität	10 %
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 3. Verhaltensweisen und deren Problemlagen	15 %
4. Selbstversorgung	40 %
5. Umgang mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen	20 %
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15 %

Selbstständigkeit:

Ist die Fähigkeit einer Person, eine Handlung oder Aktivität alleine, d. h. ohne Unterstützung einer anderen Person durchführen zu können.

Aber auch, wer eine Handlung unter Nutzung von Hilfsmitteln durchführen kann.

Bei der Ermittlung des Pflegegrads werden fünf Module der Pflege und eins des Alltags beobachtet und bewertet.



Modul 1: Mobilität

Die Einschätzungen richtet sich ausschließlich danach, ob die Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/ zu wechseln und sich fortzubewegen.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.

Ausprägung

0	selbständig
1	überwiegend selbständig
2	überwiegend unselbständig
3	unselbständig

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul bezieht sich die Einschätzung auf geistige und kommunikative Fähigkeiten. Diese werden danach bemessen, in welchem Maß die Fähigkeit vorhanden ist oder nicht.

Es werden Bereiche beurteilt wie, Orientierung, Beurteilung von verschiedenen Alltagssituationen und die Fähigkeit sich mitzuteilen.

Die Fähigkeit ist

0	vorhanden
1	größtenteils vorhanden
2	in geringem Maße vorhanden
3	nicht vorhanden

Modul 3: Verhaltensweisen und psych. Problemlagen

Die Einschätzung richtet sich hier nach Verhaltensweisen und psych. Problemlagen. So wird beurteilt, wie häufig besondere Verhaltensweisen auftreten.

Diese Verhaltensweisen reichen von nächtlicher Unruhe über Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen und depressiver Stimmungslage bis hin zu physischer und verbaler Aggression.

Wichtig: Im Gegensatz zu den anderen Modulen wird entweder nur Modul 2 oder Modul 3 bei der Ermittlung des Pflegegrades berücksichtigt. Zum Vorteil des Pflegebedürftigen wird das Modul mit der höheren Punktzahl in die Ermittlung einbezogen.

Bewertet wird die Häufigkeit

0	nie oder sehr selten
1	selten (1-3x in 2 Wochen)
3	häufig (2- mehrmals wöchentlich)
5	täglich

Modul 4: Selbstversorgung

Im Modul 4 wird die Selbstversorgung des Pflegebedürftigen bewertet. Hier richtet sich das Augenmerk auf alltägliche Aktivitäten, wie Waschen, An- und Auskleiden, Essen und Trinken sowie das Verhalten beim Toilettengang und Bewältigen der Folgen bei Inkontinenz, Stoma oder Dauerkatheter.

Ausprägung

0*	selbständig
1*	überwiegend selbständig
2*	überwiegend unselbständig
3*	unselbständig

*bei einzelnen Kriterien abweichend

Modul 3: Verhaltensweisen und psych. Problemlage

Verrichtung Tag	nie oder sehr selten										selten										ein bis zweimal täglich										mehr als dreimal täglich									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten																																								
nächtliche Unruhe																																								
selbstschädigendes Verhalten																																								
Beschädigung von Gegenständen																																								
physisch aggressives Verhalten																																								
andere vokale Auf- fälligkeiten																																								
Abwehr pflegerischer Auffälligkeiten oder anderer Maßnahmen																																								
Wahnvorstellungen																																								
Ängste																																								
Antriebslosigkeit, de- pressive Stimmung																																								
sozial inadäquate Ver- haltensweisen																																								
sonstige inadäquate Verhaltensweisen																																								

Notizen:

Modul 4: Selbstversorgung

Verrichtung Tag	selbständig										überwiegend selbständig										überwiegend unselbständig										unselbständig									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Waschen des vorderen Oberkörpers																																								
Körperpflege des Kopfes																																								
Waschen des Intimbereichs																																								
Duschen oder Baden																																								
An- und Auskleiden des Oberkörpers																																								
An- und Auskleiden des Unterkörpers																																								
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung und Eingießen von Getränken																																								
Essen																																								
Trinken																																								
Benutzen einer Toilette oder Toilettenstuhl																																								
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma																																								
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma																																								

Notizen:

Fassen Sie hier am besten Ihre Notizen aus den einzelnen Modulen zusammen.

Modul 1:

Modul 2:

Modul 3:

Modul 4:

Modul 5:

Modul 6:



Bemerkungen und Hinweise

2017

Beauftragung Hilfsmittel Versorgung

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78
Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI



Bundesweite Hilfsmittel-Versorgung

1. Pflegebedürftige(r) *

* Pflichtangaben

Name:	<input type="text"/>	Pflegebedürftiger ist:	<input type="checkbox"/> Vollständig mobil	Inkontinenz:	<input type="checkbox"/> Ja
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Eingeschränkt mobil	<input type="checkbox"/> Bettlägerig	<input type="checkbox"/> Nein	
Telefon:	<input type="text"/>				
Werden Sie bereits mit Pflegehilfsmitteln versorgt?					
<input type="checkbox"/> Ja, derzeitiger Versorger ist:	_____		Wechsel gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie bereits mit Inkontinenz-Hilfsmitteln versorgt?					
<input type="checkbox"/> Ja, derzeitiger Versorger ist:	_____		Wechsel gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

2. Angehörige(r) / Pflegeperson / Betreuer(in) *

Name:	<input type="text"/>	Straße, Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

3. Pflegedienst / Sozialstation (nur falls vorhanden)

<input type="text"/>

4. Auswahl Pflege-Set (wählen Sie zwischen 4 Varianten)

<input type="checkbox"/> Pflege-Set 1*	<input type="checkbox"/> Pflege-Set 2	<input type="checkbox"/> Pflege-Set 3
30 Stk. Bettschutzeinlagen 200 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml. Händedesinfektion 500 ml. Flächendesinfektion	300 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml. Händedesinfektion 500 ml. Flächendesinfektion	60 Stk. Bettschutzeinlagen 100 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml. Händedesinfektion
<input type="checkbox"/> Pflege-Set 4 „Flex“ Sie wünschen eine individuelle Box?		
<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> Händedesinfektion <input type="checkbox"/> Flächendesinfektion <input type="checkbox"/> Mundschutz <input type="checkbox"/> Schutzschürzen	<i>Bitte kreuzen Sie einfach die gewünschten Produkte an. Jede „Flex-Box“ wird von uns so zusammengestellt, dass sie nach Genehmigung durch die Pflegekasse vollständig erstattungsfähig ist.</i>	
	Handschuhe	Lieferung an:
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M* <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigen <input type="checkbox"/> Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegedienst
*Standard bei Nichtauswahl		
Möchten Sie bei Bewilligung durch die Kasse <u>zusätzlich</u> wiederverwendbare Bettschutzeinlagen erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Die Pflegekasse verlangt eine Kostenbeteiligung, falls Sie nicht zuzahlungsbefreit sind)		

5. Belieferung / Nutzungsbedingungen

Ich beauftrage die **Sanubi GmbH, Boxhagener Straße 103, 10245 Berlin (IK: 331106577)** als Leistungserbringer mit der regelmäßigen, versandkostenfreien Belieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel, der Benachrichtigung der Pflegekasse über erfolgreiche Lieferungen an meine bevorzugte Lieferadresse, der Abrechnung der Kosten mit meiner Pflegekasse und darüber hinaus in meinem Namen Widerspruch gegen die Genehmigung der Pflegekasse einzulegen, falls eine Bewilligung in meinem Sinne nicht erfolgt. Hiermit akzeptiere ich die Nutzungsbedingungen der Sanubi GmbH (einzusehen unter: www.sanubi.de/agb und www.sanubi.de/datenschutz).



Sanubi GmbH Boxhagener Straße 103 10245 Berlin

Ja, ich möchte weitere Informationen zu:

- Inkontinenz-Versorgung (auch per Rezept möglich)
- 24h – Pflegekraft
- Treppenlift
- Hausnotrufsystem
- Verhinderungspflege / Kurzzeitpflege (jeweils 1612 EUR pro Jahr zusätzlich zum Pflegegeld)
- Umbaumaßnahmen (bis zu 4000 EUR zusätzlich zum Pflegegeld), z.B. Bad / WC, Treppenlift, Küche

X _____ Datum, Unterschrift
--

Bitte unterschreiben,
dann Fortsetzung auf Rückseite



Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Leistungserbringer T 30
Sanubi GmbH
Boxhagener Straße 103, 10245 Berlin
Tel.: 030 - 555 78 50 - 0
Fax: 030 - 120 749 - 249
IK-Nummer: **331106577**

Antrag auf Kostenübernahme

Vorname: <input type="text"/>	Krankenkasse: <input type="text"/>
Name: <input type="text"/>	Versicherten-Nr.: <input type="text"/>
Straße: <input type="text"/> Nr. <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
PLZ/Ort: <input type="text"/>	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 oder Pflegestufe: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar (26,16 €)	51.40.01.4

- Durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
Sanubi GmbH, Boxhagener Straße 103, 10245 Berlin	331106577

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

X

Datum und Unterschrift der / des Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI</p> <p><input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI</p> | <p><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter</p> |
|---|---|

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)