

Fragebogen zur Pflegesituation

Zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten.

Name der zu begutachtenden Person: _____

Wann erfolgte die letzte Begutachtung: _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): _____

Aktuelle Telefonnummer der zu begutachtenden Person: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt von den mich behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem Krankenhaus oder der Reha-Einrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern sowie Auskünfte bei sonstigen Personen oder Diensten einholen kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Die genannten Unterlagen sind unmittelbar an den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt zu senden. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt weitergegeben werden. Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab. Sie kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Name, Vorname, Telefonnummer, Adresse der Hausärztin bzw. des Hausarztes:

Gibt es seit der letzten Begutachtung Veränderungen im Bereich Ihrer eigenen Fähigkeiten und seit wann?

Gibt es seit der letzten Begutachtung Veränderungen in der Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten, Verabreichung von Injektionen oder Durchführung von Wundverbänden und seit wann?

Gibt es seit der letzten Begutachtung Veränderungen in der Versorgung durch Pflegepersonen/Pflegedienst und seit wann?

Platz für weitere Angaben (z. B.: Hinweise/Ergänzungen zur Vorbegutachtung)

Bitte für die Nachvollziehbarkeit folgende Daten erneut angeben:

Name der zu begutachtenden Person: _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): _____

Ich versichere, dass alle Angaben wahr und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht worden sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Telefonnummer (wichtig für Rückfragen): _____

Hinweis: Bitte verwenden Sie den unteren Abschnitt zur Rücksendung des Fragebogens. Damit übernimmt der Medizinische Dienst das Porto.