

An die Private Pflegepflichtversicherung

(Name/Adresse der Versicherung)

Absender

(Name/Adresse des Krankenhauses)

(Kontaktdaten des Sozialdienstes)

**Bescheinigung zur vorläufigen Pflegegradzuordnung
– EILT – (bitte unbedingt alle Seiten ausgefüllt zurücksenden!)**

Name/Vorname der Patientin/des Patienten

Adresse

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

1. Die Patientin/der Patient befindet sich seit _____ in stationärer Krankenhausbehandlung bzw. in Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung.

2. Sie/er ist seit _____ voraussichtlich dauerhaft (mehr als 6 Monate) als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes anzusehen.

3. Die Entlassung ist geplant am _____
 in die ambulante pflegerische Versorgung.
 in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung.
 in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung.
 als Verlegung in eine Rehabilitationsklinik.

4. Zur Organisation einer bedarfsgerechten Pflege und Sicherstellung der Versorgung beansprucht die/der Angehörige

Name _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Pflegezeit nach dem PflegeZG oder Familienpflegezeit nach FPfZG.

5. Die Pflege soll erbracht werden durch:

Name/Adresse der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Vers.-Nr.: _____

6. Pflegebegründende Erkrankungen und/oder Funktionseinschränkungen:

6.1 Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und/oder der Fähigkeiten:

Fortbewegen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> nicht möglich
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Sturzrisiko <input type="checkbox"/> nicht möglich
Positionswechsel	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> wenig eigene Mithilfe möglich	<input type="checkbox"/> wenig Hilfe erforderlich <input type="checkbox"/> komplett unselbstständig
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> besteht nicht <input type="checkbox"/> besteht	<input type="checkbox"/> Anus praeter
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> besteht nicht <input type="checkbox"/> besteht	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter
Selbstständigkeit	leicht eingeschränkt (bei(m))	stark eingeschränkt (bei(m))
	<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Waschen
	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden
	<input type="checkbox"/> Frisieren/Zahnpflege	<input type="checkbox"/> Frisieren/Zahnpflege
	<input type="checkbox"/> Blasen-/Darmentleerung	<input type="checkbox"/> Blasen-/Darmentleerung
	<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme
Orientierung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja/größtenteils	<input type="checkbox"/> gering/nein
Gedächtnisleistung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja/größtenteils	<input type="checkbox"/> gering/nein
Wahrnehmung/Denken vorhanden	<input type="checkbox"/> ja/größtenteils	<input type="checkbox"/> gering/nein
herausforderndes Verhalten	<input type="checkbox"/> nie/selten	<input type="checkbox"/> häufig/täglich
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> nie/selten	<input type="checkbox"/> häufig/täglich
depressive/ängstliche Stimmung	<input type="checkbox"/> nie/selten	<input type="checkbox"/> häufig/täglich

7. Vor Entlassung in die häusliche Pflege werden folgende Hilfsmittel benötigt:

- Pflegebett** zum selbstständigen Verlassen/Wiederaufsuchen des Bettes
 zur Behandlung/Linderung von Krankheitssymptomen
 zur Erleichterung der Pflege im Bett
- Toilettenstuhl, fahrbar**
- Rollstuhl** zur selbstständigen (aktiven Fortbewegung)
 zum Schieben durch eine Pflegeperson

Datum

Unterschrift

Ansprechpartner/Tel.-Nummer für evtl. Rückfragen: _____

Bescheinigung zur vorläufigen Pflegegradzuordnung, © MEDICPROOF 08/2023

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Vers.-Nr.: _____

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich erst, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV* durch ein Gutachten gemäß § 1 Absatz 11 MB/PPV* festgestellt worden ist. Zu diesem Zweck beauftragt mein privater Kranken- / Pflegeversicherer (Versicherer) die MEDICPROOF GmbH (MEDICPROOF), die Begutachtung einem Arzt oder einer Pflegefachkraft (Gutachter) zu übertragen. MEDICPROOF mit Sitz in Köln ist der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Gutachter soll insbesondere Folgendes feststellen:

- den Eintritt, den Grad und die Fortdauer einer Pflegebedürftigkeit,
- die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- die Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen und
- Namen, Vornamen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer darf MEDICPROOF beauftragen, dass der Gutachter in einem gesonderten Gutachten Feststellungen zur Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen trifft.

Mein Versicherer darf MEDICPROOF auch damit beauftragen, durch einen Gutachter eine pflegfachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegfachliche Stellungnahme enthält beispielsweise Folgendes:

- Beurteilung der Pflege- und Versorgungssituation auch im Hinblick auf die Pflegepersonen,
- Darstellung eines ganzheitlich betrachteten Pflege- und Versorgungsbedarfs und
- konkrete Hinweise und Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation.

Weiterhin bietet die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 4 Absatz 15 MB/PPV* Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen auch in der häuslichen Umgebung der/des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen unter anderem konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck darf mein Versicherer MEDICPROOF damit beauftragen, die Durchführung des Pflegekurses in Form des Pflegetrainings einem Pflegetrainer von MEDICPROOF zu übertragen. Der Pflegetrainer vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken für Rücken und schonendes Arbeiten der zur Vermeidung von Druckgeschwüren,
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz und
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Körperpflege.

Zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld benötigt mein Versicherer die Angabe, ob es sich bei den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach dem SGB XI handelt. Handelt es sich um eine ambulante Pflegesituation und ist ein Pflegedienst tätig, beauftragt mein Versicherer MEDICPROOF, durch einen

Gutachter im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Folgendes feststellen zu lassen:

die Beteiligung des ambulanten Pflegedienstes an Maßnahmen der Selbstversorgung (Modul 4 des Begutachtungsinstruments gem. § 1 Abs. 5 Satz 1, 2 MB/PPV*).

1. Datenübermittlung an MEDICPROOF, den Gutachter und den Pflegetrainer

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung, zur Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und für das Pflegetraining durch MEDICPROOF erforderlichen personenbezogenen Daten wie

- meinen Namen, Vornamen, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name und Adresse der Pflegeeinrichtung,
- Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum der mich versorgenden Pflegepersonen,
- meine Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Beschreibungen des Krankheitsbildes

an MEDICPROOF. Bereits vorhandene Pflegegutachten können übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung der vorstehend genannten Aufträge erforderlich ist. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, die vorhanden oder bereits beantragt sind. MEDICPROOF gibt die für die Begutachtung, die pflegfachliche Stellungnahme oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

Ich willige in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung, Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Durchführung des Pflegetrainings an MEDICPROOF, den Gutachter und den Pflegetrainer **ein und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenerhebung bei Dritten und Weiterleitung an MEDICPROOF sowie den Versicherer

Benötigt der Gutachter weitere Informationen, um die erforderlichen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit treffen zu können, kann die Befragung Dritter erforderlich sein, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben. Dritte in diesem Sinne sind Ärzte und sonstige Angehörige eines Heilberufs, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

Ich willige ein, dass der Gutachter erforderliche Informationen bei den unter 2. genannten Dritten, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, zur Erstellung seines Gutachtens erhebt und verarbeitet. **Ich entbinde** die unter 2. genannten Personen und Stellen dazu von ihrer Schweigepflicht. **Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter meine diesbezüglichen Daten an MEDICPROOF und an meinen Versicherer übermittelt **und entbinde** ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung 08/2023

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Vers.-Nr.: _____

3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen / der pflegefachlichen Stellungnahme an MEDICPROOF und meinen Versicherer

MEDICPROOF muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Absatz 6 Nr.1 SGB XI) – bei der Begutachtung/ Stellungnahme/Beurteilung sicherstellen, dass die gleichen Maßstäbe und Grundsätze wie in der sozialen Pflegeversicherung angewendet werden. Außerdem gewährleistet MEDICPROOF, dass das Begutachtungsverfahren einheitlich ausgestaltet ist und prüft, ob das Gutachten vollständig und plausibel ist. MEDICPROOF hat in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV* eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung abzugeben.

Ich willige ein, dass der Gutachter seine Begutachtung/ Stellungnahme/Beurteilung an MEDICPROOF übermittelt und MEDICPROOF nach einer Qualitätsprüfung diese Begutachtung/Stellungnahme/Beurteilung an meinen Versicherer übermittelt und dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen als Antrag zur Leistungsgewährung gilt. Entsprechend entbinde ich den Gutachter und MEDICPROOF dafür von der Schweigepflicht.

4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Mein Versicherer muss mich innerhalb einer gesetzlichen Frist (§ 18 Abs. 3 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 a MB/PPV* einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nr. 12 des Tarifs PV.

Ich willige ein, dass MEDICPROOF zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren übermittelt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

5. Datenverarbeitung durch den Gutachter, MEDICPROOF und meinen Versicherer

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, der pflegefachlichen Stellungnahme, dem Pflegetraining und der Begutachtung von Hilfsmitteln und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen erhoben wurden und werden, verarbeitet.

Ferner willige ich ein in die Verarbeitung der erforderlichen Daten zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld, die im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhoben wurden und werden.

Ferner willige ich ein, dass der Gutachter und MEDICPROOF diese Daten in dem für eine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, eine pflegefachliche Stellungnahme, eine gesonderte Begutachtung von Hilfsmitteln und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings erforderlichen Umfang verarbeiten.

6. Mitteilungen an die Pflegeeinrichtung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Versicherer der versorgenden ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung (auch dem Hospiz oder der ambulanten Palliativversorgung) auf Anfrage meinen Pflegegrad mitteilt und entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Nach dem Pflegegrad richtet sich die Höhe des Sachleistungsbetrages für die ambulante Pflege und bei stationärer Pflege die Höhe des Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch beim Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege und umgekehrt.

7. Mitteilungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Leistungsgewährung von Hilfsmitteln erforderlichen Daten, insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungserbringer von Hilfsmitteln übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

8. Mitteilungen an die zuständige Stelle im Krankenhaus

Ich willige ein, dass mein Versicherer den während meines Krankenhausaufenthalts durch MEDICPROOF nach Aktenlage zugeordneten Pflegegrad dem Sozialdienst bzw. einer vergleichbaren Stelle im Krankenhaus zur Durchführung des Krankenhaus-Entlassmanagements, z. B. zur Organisation der Überleitung in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege, übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn Sie begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von MEDICPROOF mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, zur Erstellung der pflegefachlichen Stellungnahme oder zur Feststellung der Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Hilfsmitteln sowie Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen beauftragt wurde, haben, können Sie verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehnen Sie eine Begutachtung ganz ab, kann Ihr Antrag auf Pflegeleistungen regelmäßig nicht bearbeitet werden.

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Vers.-Nr.: _____

Wichtige Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Dies sind beispielsweise eine Änderung des Hilfebedarfs oder der Pflegesituation, wie etwa Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung, ein Wechsel der Pflegeperson oder des Umfangs der Pflgetätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung in das Ausland.

Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

✘

Ort, Datum

✘

Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters bzw. einer mit einer Vorsorgevollmacht versehenen Person.
Bitte übersenden Sie uns eine Kopie der entsprechenden Vollmacht.

Bitte geben Sie hier eine Kontaktperson an, die bei ambulanter Pflege auch gleichzeitig als Ansprechpartner für die Terminvereinbarung mit MEDICPROOF dient:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Bei stationärer Pflege wird MEDICPROOF den Begutachtungstermin direkt mit der stationären Einrichtung vereinbaren.

*MB/PPV = Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung Teil I Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß des zuletzt ausgestellten Versicherungsscheins bzw. Nachtrages zum Versicherungsschein.