

## Medizinische Bescheinigung für einen Pflegeaufenthalt

Vertraulich

<input type="checkbox"/> Erster Antrag	<input type="checkbox"/> Verlängerungsantrag
--	--

### Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Damit die Akte ohne das Anfragen zusätzlicher Informationen bearbeitet werden kann, ist es unbedingt erforderlich, alle Fragen zu beantworten.

### Ich, Unterzeichnete(r),

Dr.	
-----	--

behandelnder Facharzt von  
(bitte eine Vignette aufkleben oder die Tabelle ausfüllen)

Vignette
----------

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

bestätige, dass die oben genannte Person, die **keine Ansteckungsgefahr** darstellt, weder für das Pflegepersonal noch für die Mitbewohner, und die **nicht** an einer **multiresistenten Infektion** leidet,

– an einer Nervenkrankheit leidet, die eine medizinische Betreuung erfordert.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
– an einer zeitlichen und räumlichen Desorientierung leidet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
– Störungen aufweist, die die Ordnung stören können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
– vom		bis		hospitalisiert war.
– am		in einer Tagesklinik war.		
– einer Chemotherapie und/oder Strahlenbehandlung oder einer Dialysebehandlung folgt bzw. diese beendet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
– Diagnose				

– folgende Pflege benötigt (bitte die erforderliche Pflege und deren Häufigkeit ankreuzen):					
		Nicht notwendig	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Tag	Mehrmals pro Tag
<input type="checkbox"/>	Krankenpflege (andere als Körperpflege)				
<input type="checkbox"/>	Pflege wegen Inkontinenz				
<input type="checkbox"/>	Kinesiotherapie				
<input type="checkbox"/>	Hilfe oder Überwachung bei der Einnahme von Medikamenten				
<input type="checkbox"/>	Nachtwache				
– Hilfe benötigt bei den Handlungen des täglichen Lebens: sich waschen, sich an- oder ausziehen, Benutzung der Toilette, essen und trinken, Stellungswechsel und Fortbewegung (z.B.: vom Bett zum Sessel)			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
– zeitweise keine ausreichende Hilfe in Ihrem direkten Umfeld hat.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Beantragte Dauer des Aufenthalts	<input type="checkbox"/> 7 Tage	<input type="checkbox"/> 14 Tage		<input type="checkbox"/> 21 Tage	

Datum	
Unterschrift	
Stempel	

### Genehmigung des Arztdirektors

Art der benötigten Pflege			
Priorität	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dauer	<input type="checkbox"/> 7 Tage	<input type="checkbox"/> 14 Tage	<input type="checkbox"/> 21 Tage
Datum			
Unterschrift			

Gemäß der EU-Verordnung 2016/679 informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen des Gesetzes vom 6. August 1990 bezüglich der Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen sowie des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der zusätzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung der Freien Krankenkasse, mit Sitz in B-4760 Büllingen, Hauptstraße 2, verarbeitet werden. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter [www.freie.be/privacy](http://www.freie.be/privacy) oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in B-4760 Büllingen.