

SFB Hilfsmittel, häusl. Krankenpflege, Soziotherapie, Haushaltshilfe

Name, Vorname der/des Versicherten

Auftraggeber (mit Name Sachbearb., Durchwahl, Fax)

MNR/VSNR

Geburtsdatum

PLZ Wohnort

IK

Adresse:

Tel.:

§ 264 SGB V

Vorlage Nr.

Datum

ICD

Diagnosen

Vorleistung/Vorversorgung keine ja, s. Anlage

Pflegestufe, Art _____ seit: _____

↓ Bisherige Behandlung (Beh.Arzt mit Fachrichtung und Tel., Krankenhaus, Reha, ggf. wo, von/bis)

Anlass/Fragestellung

häusl. Krankenpflege: § 37,1

§ 37,2

SAPV § 37b

Haush.-hilfe: § 38,1

§ 38,2

stat. Hospiz § 39a

HiMi Indikation

HiMi Wirtschaftlichkeit

Evaluation durchgef. HiMi-Versorgung

Soziotherapie § 37a

Genauere Fragestellung / Erläuterungen (z. B. zu Personen im Haushalt, spezielle Frage bei Satzungsleistung usw.):

Beurteilung des MDK

⁸¹ Weit. Ermittlg. Kasse, erf. Unterl. s. u.

⁹¹ zur Kostenprüfg. Fachbereich HiMi

⁸² Weitere Ermittlung Bst. _____

⁹¹ Begutachtung durch Bst. _____

Mit SFB erledigt: ⁵⁰ med. Voraussetzg. erfüllt ⁶¹ Vorauss. teilweise erfüllt, weil: ⁶⁰ Voraussetzg. nicht erfüllt, weil:

⁵⁰ Wirtschaftlichkeit gegeben ⁶⁰ Wirtschaftlichkeit nicht gegeben

Sozialmed. Begründung ↓

Datum, Name, Unterschrift, Stempel