

# Antrag auf Pflegeleistungen

Krankenversicherung Nr.	
Vor- und Zuname Versicherungsnehmer/in	

Bitte zurücksenden an:

Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG  
30619 Hannover

Fax: 0511 5351-3399

E-Mail: [proME@mecklenburgische.de](mailto:proME@mecklenburgische.de)

oder nutzen Sie unsere App Easy Send



Ich beantrage Pflegegeld, mit dessen Umfang ich die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstelle für

Versicherte Person:		Geburtsdatum:	
Anschrift:			
Telefon:			

Falls ein Anspruch auf Beihilfe oder Leistungen besteht, nennen Sie bitte hier die zuständige **Beihilfestelle** oder den Dienstherrn:

Name:		Personal-Nummer:	
Anschrift:			

Die häusliche Pflege wird von einer **Pflegeperson** durchgeführt:

<b>Pflegeperson A</b>			
Vor-/Zuname:		Telefon:	
Anschrift:			
<b>Pflegeperson B</b>			
Vor-/Zuname:		Telefon:	
Anschrift:			
<b>Sonstige Pflegeperson/en</b>			
Vor-/Zuname:		Telefon:	
Anschrift:			
Vor-/Zuname:		Telefon:	
Anschrift:			

Die häusliche Pflege wird von einer  **anerkannten Pflegekraft**  **ambulanten Pflegeeinrichtung** durchgeführt:

Name:		Telefon:	
Anschrift:			

Die Geldleistungen sollen auf das folgende **Konto** überwiesen werden:

Bank:		IBAN:	
Kontoinhaber/in:			

**Sonstige Erfordernisse**, z. B. Pflegehilfsmittel, Umbaumaßnahmen, etc.:


# Antrag auf Pflegeleistungen



Krankenversicherung Nr.	
Vor- und Zuname Versicherungsnehmer/in	

Bestehen <b>anderweitig Ansprüche</b> wegen Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden anderweitig Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, ggf. <b>welche Ansprüche</b> (z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus gesetzlicher Unfallversicherung privatrechtlicher Art:	
<b>Art und Höhe</b> der Ansprüche? (Bitte ggf. eine Kopie des Anerkennungsbescheides bzw. Antrags beifügen.)	

Folgende **Ärzte** können Auskunft über den Gesundheitszustand geben:

<b>Arzt 1</b>			
Vor-/Zuname:		Telefon:	
Anschrift:			
<b>Arzt 2</b>			
Vor-/Zuname:		Telefon:	
Anschrift:			

Ort/Datum:		
Unterschrift <b>Versicherungsnehmer/in</b> bzw. Bevollmächtigte/r:		

*Bitte senden Sie uns eine Kopie der aktuellen Vollmacht – falls uns diese nicht bereits vorliegt.*

Ort/Datum:		
Unterschrift <b>pflegebedürftige Person</b> bzw. Bevollmächtigte/r:		

*Bitte senden Sie uns eine Kopie der aktuellen Vollmacht – falls uns diese nicht bereits vorliegt.*

# Antrag auf Pflegeleistungen

Krankenversicherung Nr.	
Vor- und Zuname Versicherungsnehmer/in	

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

## 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 Abs. 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 wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und
- Namen, Vornamen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

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

Mein Versicherer kann MEDICPROOF auch damit beauftragen, durch einen Gutachter eine pflegefachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegefachliche 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 beauftragt mein Versicherer MEDICPROOF damit, die Durchführung des Pflegekurses in Form des Pflegetrainings einem Pflegetrainer von MEDICPROOF zu übertragen. Der Pflegetrainer vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken für Rücken schonendes Arbeiten oder 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 pflegefachlichen 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 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die vorhanden oder bereits beantragt sind. MEDICPROOF gibt die für die Begutachtung, die pflegefachliche 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 pflegefachlichen 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.

### 3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden 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 zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 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.

# Antrag auf Pflegeleistungen

Krankenversicherung Nr.	
Vor- und Zuname Versicherungsnehmer/in	

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

## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

**Ich willige ein**, dass der Gutachter das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegefachliche Stellungnahme an MEDICPROOF übermittelt. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. MEDICPROOF wird das jeweilige Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegefachliche Stellungnahme nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer übermitteln.

**Ferner willige ich ein**, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.

### 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 zur Pflegebedürftigkeit, der pflegefachlichen Stellungnahme, dem Pflegetraining und der Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden 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 wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings erforderlichen Umfang verarbeiten.

### 6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **willige ich ein**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Nach dem Pflegegrad richtet sich die Höhe des Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch beim Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege.

### 7. Mitteilungen an den 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 wohnumfeldverbessernden 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.

### 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 Pflege Tätigkeit oder eine Wohnsitzenverlegung 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:	

Ort/Datum:	
Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters:	

Ort/Datum:	
Unterschrift der mit einer Vorsorgevollmacht versehenen Person	

Bitte senden Sie uns eine Kopie der aktuellen Vollmacht – falls uns diese nicht bereits vorliegt.

# Ärztliche Stellungnahme

Krankenversicherung Nr.	
Vor- und Zuname Versicherungsnehmer/in	

Bitte zurücksenden an:

MEDICPROOF GmbH  
Gustav-Heinemann-Ufer 74 A  
50968 Köln

Fax: 0221 88844-7462

Absender/Arzt-Stempel

Patientenaufkleber

## Ärztliche Stellungnahme zur Vorbereitung einer vorläufigen Feststellung von Pflegebedürftigkeit für die Zwecke der privaten Pflegepflichtversicherung.

### 1. Die Patientin / Der Patient befindet sich in

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ambulanter ärztlicher Behandlung | <input type="checkbox"/> stationärer Krankenhausbehandlung bzw. Rehabilitation |
| Ein Pflegeüberleitungsbericht ist                         | <input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> nicht beigelegt    |

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

### 3. Die zukünftige pflegerische Versorgung und Betreuung ist vorgesehen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> im häuslichen Bereich              | <input type="checkbox"/> in einer vollstationären Einrichtung, weil       |
| <input type="checkbox"/> in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> eine Pflegeperson nicht zur Verfügung steht      |
|   | <input type="checkbox"/> die Pflegeperson überfordert ist                 |
|   | <input type="checkbox"/> wegen der Häufigkeit notwendiger Hilfeleistungen |
|   | <input type="checkbox"/> wegen unabänderbarer häuslicher Gegebenheiten    |
|   | <input type="checkbox"/> wegen drohender/eingetretener Verwahrlosung      |
|   | <input type="checkbox"/> wegen bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung    |

### 4. Zur Organisation einer bedarfsgerechten Pflege und Sicherstellung der Versorgung beansprucht die/der Angehörige Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Vor-/Zuname:		Geburtsdatum:	
Anschrift:			

### 5. Die Pflege soll in einer ambulanten stationären Pflegeeinrichtung erbracht werden:

Name:		Telefon:	
Anschrift:			

### 6. Pflegebegründete Diagnose und Schädigungen


# Ärztliche Stellungnahme

Krankenversicherung Nr.	
Vor- und Zuname Versicherungsnehmer/in	

## 6.1 Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen

<input type="checkbox"/> <b>Gefähigkeit*:</b>	<input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input type="checkbox"/> <b>Treppensteigen:</b>	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input type="checkbox"/> <b>Bettlägerigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> mit Lagerungsbedarf
<input type="checkbox"/> <b>Stuhlinkontinenz:</b>	<input type="checkbox"/> besteht nicht	<input type="checkbox"/> besteht	<input type="checkbox"/> Anus praeter naturalis
<input type="checkbox"/> <b>Harninkontinenz:</b>	<input type="checkbox"/> besteht nicht	<input type="checkbox"/> besteht	<input type="checkbox"/> künstliche Harnableitung
<input type="checkbox"/> <b>Hilfebedarf besteht*:</b>	<input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> bei der Ausscheidung	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> bei der Zahnpflege <input type="checkbox"/> beim Aufstehen (Bett)	<input type="checkbox"/> beim Baden/Duschen <input type="checkbox"/> bei der Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> bei der Fortbewegung <input type="checkbox"/> innerhalb <input type="checkbox"/> außerhalb des Hauses
<input type="checkbox"/> <b>Orientierung zu</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ort:</b> <input type="checkbox"/> <b>Zeit:</b> <input type="checkbox"/> <b>Personen:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> nicht immer
<input type="checkbox"/> <b>Unruhe:</b>	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> vor allem nachts	<input type="checkbox"/> medikamentös eingestellt

\* Mehrfachnennungen möglich

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

Bitte für die Weiterbearbeitung unbedingt vollständig angeben!

<input type="checkbox"/> <b>Pflegebett:</b>	<input type="checkbox"/> zum selbstständigen Verlassen/Wiederaufsuchen des Bettes <input type="checkbox"/> zur Behandlung/Linderung von Krankheitssymptomen <input type="checkbox"/> zur Erleichterung folgender Pflegemaßnahmen im Bett:
<input type="checkbox"/> <b>Toilettenstuhl:</b>	<input type="checkbox"/> fahrbar
<input type="checkbox"/> <b>Rollstuhl:</b>	<input type="checkbox"/> zur selbstständigen (aktiven) Fortbewegung <input type="checkbox"/> zum Schieben durch eine Pflegeperson

## 8. Ansprechpartner/in für eventuelle Rückfragen:

Vor-/Zuname		Telefon:	
-------------	--	----------	--

Stempel:

Ort/Datum:  
Unterschrift **Ärztin/Arzt/Krankenhaus:**