

Überörtlicher Träger der Sozialhilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Sozialagentur Sachsen-Anhalt	 MANSFELD SÜDHARZ	Amt für Soziales und Integration Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12 06526 Sangerhausen
	Aktenzeichen:	Eingangsstempel:

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	<b>ANLAGE</b>		
	Spezifizierung des Pflegezustandes (notwendiger pflegerischer Bedarf) gemäß §§ 61a und 63a Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)		
	<b>BESTÄTIGUNG</b>		
	über das Vorliegen einer Sondernahrung (enterale und parenterale Ernährung) und/oder Bettlägerigkeit (vollständige Immobilität)		
	– Ist von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin, Pflegedienst oder Pflegeeinrichtung auszufüllen. –		
	Anstelle der Bestätigung kann auch ein ärztliches Attest oder das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) vorgelegt werden. Dieses muss die Erkrankung sowie den daraus entstehenden Pflegezustand enthalten.		
	<b>Leistungen werden beantragt für (Angaben des/der Patienten/in):</b>		
	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum
	Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
	Körpergröße (cm)	Körpergewicht (Kg)	BMI
<b>Angaben zur Sondernahrung:</b>			
<input type="checkbox"/> Der/die Patient/in erhält eine enterale Ernährung – Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über Magen und Darm mittels Magensonde, PEG- oder PEJ-Sonde, Jejunalsonde bzw. JET-PEG. <input type="checkbox"/> Der/die Patient/in erhält eine parenterale Ernährung – Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über intravenösen Infusionszugang mittels zentralen Venenkatheter oder Portkatheter.			
<input type="checkbox"/> Die Sondernahrung ist für die Zeit vom _____ bis _____ erforderlich und wurde ärztlich verordnet. <input type="checkbox"/> Die Sondernahrung ist auf unbestimmte Zeit erforderlich und wurde ärztlich verordnet. Begründung, wenn die Dauer für länger als 12 Monate angegeben wird: _____			
<b>Angaben zur Bettlägerigkeit:</b>			
<input type="checkbox"/> Der/die Patient/in verbringt aufgrund von vollständiger Immobilität (Verlust der Fähigkeit, das Bett aus eigenem Antrieb verlassen zu können) den überwiegenden Teil (mehr als 18 Stunden) des Tages und der Nacht in einer liegenden oder sitzenden Ruhe-Position (unabhängig von Bett oder anderen Sitz- und Liegemöglichkeiten). <input type="checkbox"/> Die Bettlägerigkeit besteht voraussichtlich für die Zeit vom _____ bis _____ und eine Mobilisierung des/der Patienten/in ist zu erwarten. <input type="checkbox"/> Die Bettlägerigkeit besteht auf unbestimmte Zeit. Begründung, wenn die Dauer für länger als 12 Monate angegeben wird: _____			

<b>Rechtsverbindliche Unterschrift</b>	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des/der Arztes/Ärztin bzw. des Pflegedienstes oder der Pflegeeinrichtung