

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

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	ANLAGE		
	Spezifizierung des Pflegezustandes (notwendiger pflegerischer Bedarf) gemäß §§ 61a und 63a Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)		
	BESTÄTIGUNG		
	über das Vorliegen einer Sondennahrung (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.		
	Leistungen werden beantragt für (Angaben des/der Patienten/in):		
	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum
	Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
	Körpergröße (cm)	Körpergewicht (Kg)	BMI
Angaben zur Sondennahrung:			
☐ 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. ☐ Der/die Patient/in erhält eine parenterale Ernährung – Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über intravenösen Infusionszugang mittels zentralen Venenkatheter oder Portkatheter.			
☐ Die Sondennahrung ist für die Zeit vom _____ bis _____ erforderlich und wurde ärztlich verordnet. ☐ Die Sondennahrung ist auf unbestimmte Zeit erforderlich und wurde ärztlich verordnet. Begründung, wenn die Dauer für länger als 12 Monate angegeben wird: _____			
Angaben zur Bettlägerigkeit:			
☐ 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). ☐ Die Bettlägerigkeit besteht voraussichtlich für die Zeit vom _____ bis _____ und eine Mobilisierung des/der Patienten/in ist zu erwarten. ☐ Die Bettlägerigkeit besteht auf unbestimmte Zeit. Begründung, wenn die Dauer für länger als 12 Monate angegeben wird: _____			

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