

# Nachweis über einen Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Pflegeversichertennummer:

**X232323**

Name/ Vorname:

**Mustermann Max**

Geburtsdatum:

**22.07.1931**

Anschrift:

**Musterstr.11  
33445 Musterstadt**

Pflegegrad

1  2  3  4  5

Bei der/ dem o. a. Versicherten wurde am .. ein Pflegeeinsatz nach §37 Abs. 3 SGB XI  
in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr mit folgendem Ergebnis durchgeführt:

Die Pflege- und Betreuungssituation wird aus der Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt

---

---

---

Nach Einschätzung der Pflegefachkraft ist die Pflege- und Betreuungssituation sichergestellt:

- Ja  
 Nein, weil

---

---

---

Werden Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege- und Betreuungssituation angeregt?(z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnanpassung, Rehabilitationsleistung, erneute Begutachtung)

- Nein  
 Ja, es werden folgende Maßnahmen angeregt

---

---

---

Die auf dem Durchschlag für die/den Versicherte(n) getroffenen Feststellungen sind nicht dokumentiert, weil die/der Versicherte der Weitergabe dieser Daten nicht zugestimmt hat.

Die/der Versicherte hat der Erfassung und Verwendung der getroffenen Feststellungen im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zugestimmt.

**Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.**

Nach §§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI ist die Durchführung des Beratungseinsatzes gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Die Übermittlung der beim Beratungseinsatz gemachten Feststellungen an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen und im Fall der Beihilfeberechtigung an die zuständige Beihilfefestsetzungsstelle ist jedoch freiwillig und erfordert die Einwilligung der/des Versicherten. Die Übermittlung dient der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der Pflegenden zur Sicherung der Pflegequalität. Aus einer Ablehnung der Einwilligung entstehen der/dem Versicherten keine Nachteile.

Demo Pflegedienst Brönnertstraße 17 60313Frankfurt am Main

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

AOK Hessen  
Musterstraße 11  
11111 Musterhausen

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
IK: 460444444

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens