

## Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI *Attestation d'intervention-consultation selon l'article 37 paragraphe 3 SGB XI*

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)

*Numéro d'assurance dépendance (le cas échéant celui-ci est identique au numéro d'assuré(e) maladie):*

Name/Nom:

Vorname/Prénom:

Geburtsdatum/Date de naissance:

Anschrift/Address:

I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde ein Beratungseinsatz durchgeführt am:  
*Chez l'assuré(e) mentionné(e) ci-dessus une intervention-consultation a eu lieu le:*

II. 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.

*Selon l'article 37 paragraphe 4 et l'article 106a SGB XI la réalisation de l'intervention-consultation doit être confirmée auprès de la caisse d'assurance dépendance ou de la société d'assurance privée. La transmission des résultats issus de l'intervention-consultation à la caisse d'assurance dépendance, à la société d'assurance privée et, en cas d'un droit aux allocations des fonctionnaires, à l'institution compétente, est cependant facultative et nécessite l'accord de l'assuré(e). La transmission des résultats sert à soutenir et conseiller régulièrement les personnes soignantes afin de garantir la qualité des soins. L'assuré(e) ne subit aucun préjudice si il/elle ne donne pas son accord à la transmission des résultats.*

Die Pflege- und Betreuungssituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:  
*Du point de vue de la personne dépendante et de celui de la personne soignante la situation de soins et d'assistance est considérée comme suit:*

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

*Selon l'appréciation du personnel de soins la situation de soins et d'assistance est assurée :*

Ja / *Oui*

Nein, weil / *Non, parce que:*

Werden Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege – und Betreuungssituation angeregt?

(z. B. Pflegekurs, Tages-/Nachtpflege, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Pflege-/Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Rehabilitationsleistungen, erneute Begutachtung)

*Des mesures en vue de l'amélioration de la situation des soins et d'assistance sont-elles encouragées*

*(Cours de soins, Soins de jour / de nuit ; offres de soutien au quotidien ; équipements et matériel visant à faciliter l'exercice des soins ; adaptation du logement, prestations de réadaptation, réévaluation) ?*

Nein / *Non*

Ja, es werden folgende Maßnahmen angeregt / *Oui, les mesures suivantes sont proposées :*

- III. 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.  
*Les conclusions mentionnées sur le double ne sont pas documentées, parce que l'assuré(e) n'a pas donné son accord à la transmission desdites données.*

Die/der Versicherte hat der Erfassung und Verwendung der getroffenen Feststellungen im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zugestimmt.  
*L'assuré(e) a donné son accord à la saisie et l'utilisation des constatations faites dans le cadre de l'intervention-consultation selon l'article 7a SGB XI.*

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
*Un double de la présente a été remis.*

---

Unterschrift der/des Versicherten  
*Signature de l'assuré(e)*

---

Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
*Cachet et signature du service de soins*

IK des Pflegedienstes :  
*Code d'institution du Service de soins de longue durée:*

---

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens:  
*Adresse de la Caisse d'assurance dépendance/ de la société d'assurance privée:*

---

---

---

---