

Belegart /Form type

Deutsch/English

**Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI**  
**Certificate on advisory assistance pursuant to section 37 subsection 3**  
**of Book Eleven of the Social Code (SGB XI)**

Pflegeversichertennummer (ggf. entspricht diese der Krankenversichertennummer)  
*Long-term care insurance number (may be identical to the person's health insurance number):*

Name/Surname:

Vorname/First name:

Geburtsdatum/Date of birth:

Anschrift/Address:

I. Bei der/dem o. a. Versicherten wurde ein Beratungseinsatz durchgeführt am:  
*Advisory assistance relating to the abovenamed insured person was given on:*

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.

*Pursuant to section 37 subsection 4 and section 106a SGB XI, it must be certified to the long-term care insurance fund or to the private insurance company that advisory assistance was given. The forwarding to the long-term care insurance fund or to the private insurance company, and in the case of entitlement to medical expenses assistance (Beihilfe) to the office responsible for assessing the entitlement to medical expenses assistance (Beihilfefestsetzungsstelle), of data collected in advisory assistance is however voluntary and requires the consent of the insured person. The transmission serves the routine support and advising of carers in order to assure the quality of nursing care. Refusal to give consent will not place the insured person at any disadvantage.*

Die Pflege- und Betreuungssituation wird aus Sicht der/des Pflegebedürftigen sowie der Pflegeperson wie folgt eingeschätzt:  
*The person requiring long-term care and the carer evaluate the care and assistance requirements as follows:*

Nach Einschätzung der Pflegefachkraft ist die Pflege- und Betreuungssituation sichergestellt:  
*According to the evaluation of the carer, the care and assistance requirements are satisfied:*

Ja / Yes

Nein, weil / No, because:

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)

*Is action proposed to improve the situation as regards care and assistance?*

(e.g. a nursing course, day/night care, everyday support offers, care products/medical aids, home conversions, rehabilitation services, re-assessment)

Nein / Yes

Ja, es werden folgende Maßnahmen angeregt / Yes, the following measures are proposed

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.  
*Data contained in the copy for the insured person will not be recorded because the insured person has not consented to the forwarding of the data.*

Die/der Versicherte hat der Erfassung und Verwendung der getroffenen Feststellungen im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zugestimmt.  
*The insured person has consented to the recording and utilisation of the data recorded within long-term care advice pursuant to section 7a SGB XI.*

Eine Durchschrift wurde ausgehändigt.  
*A copy has been issued.*

---

Unterschrift der/des Versicherten  
*Signature of the insured person*

---

Stempel und Unterschrift des Pflegedienstes  
*Stamp and signature of the care-provider*

IK des Pflegedienstes :  
*Institution code of the care-provider:*

---

Anschrift der Pflegekasse/des Versicherungsunternehmens:  
*Address of the long-term care insurance fund/of the insurance company:*

---

---

---

---