

PFLEGEPROTOKOLL

Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird Sie eine Gutachterin oder ein Gutachter von Medicproof begutachten. Medicproof ist der medizinische Dienst der privaten Krankenversicherungen.

Bitte unterstützen Sie den Ablauf der Begutachtung durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie das Formular als Grundlage für die Fragen der Gutachterin bzw. des Gutachters sorgfältig aus. So kann sich die Gutachterin bzw. der Gutachter ein Bild vom Grad Ihrer Selbständigkeit machen. Die Angaben zu Ihren Pflegepersonen sind unter anderem für mögliche Zahlungen von Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen wichtig.

Die Angaben in diesem Fragebogen sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Hinweise dienen aber als wichtige Basis für das Gespräch und werden von der Gutachterin bzw. dem Gutachter mit den eigenen Eindrücken und den geltenden Begutachtungsrichtlinien abgeglichen.

1 Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Versicherung/Versicherungsnummer

2 Welche körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden oder Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund? (Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen) Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.



Bestehen Verhaltensauffälligkeiten oder demenzielle Symptome (z. B. Unruhezustände, Umtriebigkeit, aggressives/abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste/Panikattacken, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage)? Wenn ja, welche und wie häufig? Seit wann?
Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

Welche Hilfsmittel werden genutzt?

(z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter, Brille, Hörgerät etc.)
Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

3 Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen Ihrer Selbständigkeit oder Fähigkeiten ein?
Pflegerbedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Bitte geben Sie an, wie **Sie** die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen einschätzen.

<input checked="" type="checkbox"/> Fortbewegen	<input type="checkbox"/> selbständig (ggf. mit Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input checked="" type="checkbox"/> Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig
<input checked="" type="checkbox"/> Lagerungsbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input checked="" type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig
		Versorgung mit:	
<input checked="" type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig
		Versorgung mit:	

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Pflege des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit leicht bis mittelgradig eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begreifen/Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Gesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie	Häufig, aber nicht täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)	Täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste/Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahn/Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/ Aufbau oder Erhalt von Sozialkontakten/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf? _____

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen? ja nein

(z. B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

Wenn ja, warum und wie oft?

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung? ja nein

(z. B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

4 Erfolgen medizinische Versorgungen oder Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses? (z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung)

Name der Ärztin / des Arztes bzw. der Therapeutin / des Therapeuten	Maßnahme	Durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bereit.

Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente angeordnet sind (z. B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).

1	2
3	4
5	6
7	8

Werden Sie bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung von jemandem unterstützt? ja nein

Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht? (ggf. Rückseite nutzen)

Zur **Pflege** gehören z. B. die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen und anderen Wegen, das An-/Auskleiden und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.

Pflegeeinrichtung	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			

Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

