

Pflegeprotokoll

Datum: _____

Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Mit der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit beauftragt Ihre private Pflegepflichtversicherung eine Gutachterin oder einen Gutachter der MEDICPROOF GmbH, dem medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen.

Die Gutachterin oder der Gutachter ist dabei auf Ihre Mithilfe angewiesen, denn beim Hausbesuch kann nur eine „Momentaufnahme“ erhoben werden.

Mit dem Ausfüllen des vorliegenden Formulars liefern Sie wichtige Hinweise und schaffen so eine wertvolle Grundlage insbesondere zur Ermittlung des Grades der Selbstständigkeit, aber auch möglicher Renten- und Arbeitslosenversicherungsleistungen.

1a. Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherung/Versicherungsnummer

1b. Angaben zur Unterzeichnerin / zum Unterzeichner: (nur auszufüllen, wenn abweichend von 1a)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person

2. Welche körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen und Behinderungen stehen im Vordergrund? Liegen demenzielle Symptome vor?

(Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen / Verhaltensauffälligkeiten)

[illegible]

- | | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| ▪ Fortbewegen | <input type="checkbox"/> selbstständig
(ggf. mit Hilfsmittel) | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| ▪ Treppensteigen | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| ▪ Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ständig |
| ▪ Druckgeschwüre | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| ▪ Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit: _____ | |
| ▪ Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit: _____ | |

Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach noch benötigt?
(z.B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter, Brille, Hörgerät etc.)

3. **Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ein?**
 Pflegebedürftigkeit 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 einschätzen.

	selbstständig	teilweise selbstständig, personelle Unterstützung wird benötigt	unselbstständig
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 uneingeschränkt	Fähigkeit 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	nicht täglich	täglich
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/ Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	selbstständig	teilweise selbstständig, benötigt personelle Unterstützung	unselbstständig
Tagesgestaltung/ Sozialkontakte/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann traten erstmals die angegebenen Einschränkungen auf? _____

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung? ☐ ja ☐ nein
(z.B. Einkaufen, Kochen, Spülen, Wohnungsreinigung, Wäsche)

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, warum und wie oft?

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

Name des Arztes/ Therapeuten	Adresse	Durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

Welche Medikamente waren angeordnet (z B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben)?
(legen Sie gerne einen Medikamentenplan bereit)

1	2	3
4	5	6
7	8	9

Erfolge eine personelle Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung?

☐ ja ☐ nein

Die Pflege wird regelmäßig erbracht von (ggf. Rückseite nutzen):

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

Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:

Ort, Datum