

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)

- **Fortbewegen** selbstständig mit personeller Hilfe nicht möglich (ggf. mit Hilfsmittel)
 - **Treppensteigen** selbstständig mit personeller Hilfe nicht möglich
 - **Bettlägerigkeit** nein häufig ständig
 - **Druckgeschwüre** nein ja
 - **Harninkontinenz** nein ja, Versorgung mit: _____
 - **Stuhlinkontinenz** nein 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 Unter- stützung 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