

Angaben zur Vorbereitung der Pflegebegutachtung

Zu der Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Falls Sie dies nicht selbst erledigen können, kann dies auch eine Angehörige, ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie übernehmen.

Name der/des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Wann wurden diese festgestellt?

Was genau hat sich seit der *letzten Begutachtung* verändert? Ungefähr seit wann ist die Änderung eingetreten?

Waren Sie seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus oder in einer Rehabilitation? ja nein

Wenn ja, aus welchen Gründen?

Wobei benötigen Sie Hilfe? Bitte beschreiben Sie dies konkret mit Ihren Worten:

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen? ja kg seit Wochen nein

Ich lebe allein ja

Ich lebe zusammen mit _____

Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause (Pflegeperson)?

	Name, Vorname	Straße	PLZ	Wohnort	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
A						
B						
C						
D						

Was machen die einzelnen Personen für Sie (A macht...; B macht...)?

Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?

ja nein

Wie oft? ____ mal täglich oder ____ mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes: _____

Was macht der Pflegedienst?

Welche Fachärzte suchen Sie regelmäßig auf?

Hausarzt allein mit Begleitung
 Facharzt allein mit Begleitung

Besuchen Sie eine der folgenden Therapien?

Krankengymnastik mal wöchentlich allein mit Begleitung
 Ergotherapie mal wöchentlich allein mit Begleitung
 Logopädie mal wöchentlich allein mit Begleitung
 Sonstige: _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

...wenn ja brauchen Sie dabei Hilfe? ja nein

...wenn ja wie oft am Tag /in der Woche? ____ mal pro Tag ____ mal pro Woche

Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.

Brille	Rollator	Inkontinenzprodukte
Zahnprothese	Rollstuhl	Badewannenlifter
Hörgerät	Kompressionsstrümpfe	Duschstuhl
Hausnotruf	Toilettenstuhl	Pflegebett
Unterarmgehstützen	Toilettensitzerhöhung	Antidekubitusmatratze
Gehstock	Urinflasche	Sauerstoffkonzentrator

Sonstige Hilfsmittel: _____

Brauchen Sie Hilfe beim

Wenn ja, bitte erläutern, was die Hilfsperson genau macht:

Aufsetzen im Bett	nein	ja: _____
Stehen	nein	ja: _____
Gehen bzw. sich im Rollstuhl bewegen (im Wohnbereich)	nein	ja: _____
Treppensteigen	nein	ja: _____
Orientieren zu Zeit und/oder Ort	nein	ja: _____
Erinnern an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben	nein	ja: _____
Einhalten der richtigen Reihenfolge beim Waschen/Kleiden	nein	ja: _____
Treffen sinnvoller Entscheidungen	nein	ja: _____
Verstehen von Informationen und Aufforderungen	nein	ja: _____
Erkennen von Gefahren (z.B. Herd anlassen, Straßenverkehr)	nein	ja: _____
Gespräch führen	nein	ja: _____
Durchführen der Körperpflege	nein	ja: _____
Anziehen von Schuhen und Strümpfen	nein	ja: _____
Knöpfe öffnen und schließen	nein	ja: _____
Essen und Trinken	nein	ja: _____
Benutzen der Toilette	nein	ja: _____
Beschäftigen	nein	ja: _____
Planen von Terminen	nein	ja: _____
Kommunikation mit anwesenden Personen	nein	ja: _____
Telefonieren, Briefe oder E-Mails schreiben	nein	ja: _____

Sonstiges:

Benötigen Sie Hilfe bei der Bewältigung von psychischen Problemen und Verhaltensweisen wie z.B. Unruhe, Aggression, Ängste, Wahnvorstellungen?

nein ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte das Problem und die deshalb notwendige Hilfe. Wie oft ist diese Hilfe erforderlich?

Brauchen Sie Hilfe in der Nacht? ja nein

Wenn ja, welche Hilfe ist **wie oft** erforderlich? Bitte erläutern Sie dies

Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen

Ort, Datum, Unterschrift

Telefonnummer (wichtig für Rückfragen)

Falls Sie die Fragen nicht selbst beantwortet haben:

Ich bin damit einverstanden, dass bei offenen Fragen dort Kontakt aufgenommen wird. ja nein

Die Fragen wurden beantwortet von:

Name, Vorname:

Funktion (z.B. Bevollmächtigte/r Betreuer/in):

Telefon:

Ort, Datum, Unterschrift