

## Angaben zur Vorbereitung der Pflegebegutachtung

Zur 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, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ ggf. Servicecode: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ KV-Nummer: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_ mal wöchentlich/monatlich/Quartal  allein  mit Begleitung  
 Facharzt \_\_\_ mal wöchentlich/monatlich/Quartal  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.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Brille                       | <input type="radio"/> Rollator              | <input type="radio"/> Inkontinenzprodukte    |
| <input type="radio"/> Zahnprothese                 | <input type="radio"/> Rollstuhl             | <input type="radio"/> Badewannenlifter       |
| <input type="radio"/> Hörgerät                     | <input type="radio"/> Kompressionsstrümpfe  | <input type="radio"/> Duschstuhl             |
| <input type="radio"/> Hausnotruf                   | <input type="radio"/> Toilettenstuhl        | <input type="radio"/> Pflegebett             |
| <input type="radio"/> Unterarmgehstützen           | <input type="radio"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="radio"/> Antidekubitusmatratze  |
| <input type="radio"/> Gehstock                     | <input type="radio"/> Urinflasche           | <input type="radio"/> Sauerstoffkonzentrator |
| <input type="radio"/> Sonstige Hilfsmittel : _____ |   |  |

### Brauchen Sie Hilfe beim

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

- |  |                               |                                    |
|--|-------------------------------|------------------------------------|
| Aufsetzen im Bett  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Stehen   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Gehen bzw. sich im Rollstuhl bewegen (im Wohnbereich)      | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Treppensteigen   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Erkennen von Personen aus dem Alltag                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Orientieren zu Zeit und/oder Ort                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Erinnern an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Einhalten der richtigen Reihenfolge beim Waschen/Kleiden   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Treffen sinnvoller Entscheidungen                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Verstehen von Informationen und Aufforderungen             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Erkennen von Gefahren (z.B. Herd anlassen, Straßenverkehr) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Gespräch führen  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Durchführen der Körperpflege                               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |

- |                                       |                               |                                    |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Anziehen von Schuhen und Strümpfen    | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Knöpfe öffnen und schließen           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Essen und Trinken                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Benutzen der Toilette                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Beschäftigen                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Planen von Terminen                   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Kommunikation mit anwesenden Personen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |

Telefonieren, Briefe oder E-Mailsschreiben

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?**  nein  ja

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