

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:

| | | |
|----------------------|--------------|---------------------|
| Vorname, Name | Geburtsdatum | Versicherungsnummer |
| vollständige Adresse | | |

2. Welche körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden oder Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund?

Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

(Art u. Beginn der Erkrankung/besondere Ereignisse/Komplikationen/Krankenhausaufenthalte)

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 in eigenen Worten.

Welche Hilfsmittel werden genutzt?

(z.B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter etc.)

Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

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

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes ist abhängig, 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.

- Fortbewegen selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel) mit personeller Hilfe nicht möglich
- Treppensteigen selbstständig mit personeller Hilfe nicht möglich
- Bettlägerigkeit nein manchmal ständig
- Lagerungsbedarf nein ja
- Harninkontinenz nein manchmal ständig
Versorgung mit: _____
- Stuhlinkontinenz nein manchmal ständig
Versorgung mit: _____

| | selbstständig (ohne fremde Hilfe) | teilweise selbstständig, (Unterstützung durch andere wird benötigt) | unselbstständig (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 | Fähigkeiten 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"/> |

| | selbstständig (ohne fremde Hilfe) | teilweise selbstständig (Unterstützung durch an- dere wird benötigt) | unselbstständig (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 (z.B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)? ja nein

Wenn ja, warum und wie oft? _____

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

Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

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

| Name des Arztes/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).

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, auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche Versorgung und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.

| Name des Pflegedienstes | Adresse des Pflegedienstes | Pflegetage pro Woche | Pflegestunden pro Woche |
|--|---|----------------------|-------------------------|
| | Telefon-Nr.: | | |
| Name der privaten Pflegeperson oder Angehörige | Adresse der privaten Pflegeperson oder Angehörige | | |
| | | | |
| Geb.-Datum: | Telefon-Nr.: | | |
| Name der privaten Pflegeperson oder Angehörige | Adresse der privaten Pflegeperson oder Angehörige | | |
| | | | |
| Geb.-Datum: | Telefon-Nr.: | | |
| Name der privaten Pflegeperson oder Angehörige | Adresse der privaten Pflegeperson oder Angehörige | | |
| | | | |
| Geb.-Datum: | Telefon-Nr.: | | |
| Name der privaten Pflegeperson oder Angehörige | Adresse der privaten Pflegeperson oder Angehörige | | |
| | | | |
| Geb.-Datum: | Telefon-Nr.: | | |

Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

Name

Vorname

Ort/Datum

Unterschrift