

Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Mit der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit wird eine Gutachterin oder ein Gutachter der MEDICPROOF GmbH – Gesellschaft für medizinische Gutachten – beauftragt. Da zum Gutachtenzeitpunkt nur eine „Momentaufnahme“ erhoben werden kann, ist die Gutachterin oder der Gutachter auf Ihre Mithilfe angewiesen. Mit dem Ausfüllen des vorliegenden Formulars liefern Sie wichtige Hinweise und schaffen eine wertvolle Grundlage insbesondere zur Ermittlung des Grades Ihrer Selbstständigkeit, aber auch möglicher Renten- und Arbeitslosenversicherungsleistungen für Ihre Pflegeperson(en).

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 und welche werden Ihrer Einschätzung nach zusätzlich benötigt?

(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

4. Erfolgen medizinische Versorgungen 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: