

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

4. Erfolgen medizinische Versorgungsungen 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: