

## Union Krankenversicherung

Aktiengesellschaft

Bitte zurücksenden an:

P501

Union Krankenversicherung AG  
Abteilung Pflegeversicherung  
66099 Saarbrücken

Ihr Service-Team Pflege  
Telefon (0 89) 21 60-90 10  
Telefax (0 89) 21 60-91 00  
Pflege-Leistung@vkb.de

## Fragebogen zur Prüfung einer eingeschränkten Alltagskompetenz

### Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Vorname, Name	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
Adresse		

### Ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung liegt vor, weil

(zutreffende Ziffern bitte ankreuzen!)

- 1. der geschützte Wohnbereich unkontrolliert verlassen (Weglauff Tendenz), und so die eigene oder die Sicherheit anderer gefährdet wird.
- 2. gefährdende Situationen:
  - verkannt werden oder
  - durch Verhalten verursacht werden (z.B. gegenüber Angehörigen, Freunden, Bekannten oder Pflegepersonal)
- 3. unsachgemäß umgegangen wird mit
  - Hitze und/oder Kälte (auch bei Nahrungsmitteln)
  - potenziell gefährlichen Gegenständen wie elektrischen Geräten, Verkehrsmitteln, Werkzeugen, Hilfsmitteln
  - potenziell gefährlichen Substanzen wie Gas, Wasser, Strom, Feuer, Medikamenten, überalterten Lebensmitteln
- 4. sich in Verkennung der Situation tötlich oder verbal aggressiv verhalten wird, z.B.
  - andere geschlagen, getreten, gebissen, gekratzt, gekniffen, bespuckt, gestoßen, beworfen, beschuldigt werden, oder Lärm verursacht wird
  - Selbstverletzung erfolgt
  - eigenes oder fremdes Eigentum zerstört oder
  - unberechtigt in fremde Räume eingedrungen wird
- 5. sich nicht der Situation entsprechend verhalten wird, durch
  - urinieren/einkoten in Wohnräumen (ohne ursächlichen Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz)
  - abnormen Betätigungs- und Bewegungsdrang (z.B. Zerpfücken von Inkontinenzeinlagen, planloses Umherlaufen)
  - abnormes Essverhalten (z.B. Essen/Trinken ungeeigneter Substanzen, fehlendes Sättigungsgefühl)
  - auffälliges sexuelles Verhalten (z.B. schamverletzendes Verhalten in der Öffentlichkeit)
  - Verstecken/Verlegen und/oder Sammeln von Gegenständen aus fremdem Eigentum

Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

- 6.** die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle und/oder Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerz, Sexualität, Stuhl- und Harndrang, Ermüdung
  - nicht wahrgenommen
  - nicht befriedigt (selbstständig, mit Fremdhilfe)
  - nicht ausgedrückt werden können (verbal/körperlich)
  
- 7.** z.B. aufgrund einer nicht heilbaren Depression oder Angststörung nicht mitgewirkt werden kann bei
  - pflegerischen Maßnahmen
  - therapeutischen Maßnahmen oder
  - schützenden Maßnahmen (z.B. notwendige Bekleidung)
  
- 8.** Probleme bestehen, in der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen als Folge einer Beeinträchtigung von Gedächtnis, abstraktem Denken, Urteilsfähigkeit oder anderer Störungen höherer Hirnfunktionen
  
- 9.** abends/nachts starke Unruhe und Verwirrtheit, verbunden mit der Zunahme nicht angemessener Verhaltensweisen, und/oder eine Umkehr des Tag-/Nachtrhythmus gezeigt wird und/oder regelmäßig unnormale lange Wachphasen (in 24 Stunden weniger als fünf Stunden Schlaf), wechselnd mit Phasen der völligen Erschöpfung, durchlebt werden
  
- 10.** Alltagssituationen verkannt werden und unangemessen reagiert wird, weil
  - eine Einschätzung fälschlich als jung, gesund, selbstständig und leistungsfähig erfolgt
  - unheilbarer Eifersuchts-, Bestehungs-, Verfolgungs- oder Vergiftungswahn besteht
  - unheilbare Halluzinationen bestehen (z.B. mit Nichtanwesenden geschimpft oder gesprochen wird, eingebildetes Gift im Essen gerochen oder geschmeckt wird)
  
- 11.** der Tagesablauf nicht eigenständig geplant werden kann und/oder sich nicht gezielt beschäftigt werden kann (Tagesstrukturierung)
  
- 12.** ausgeprägte Labilität besteht oder unangemessen, überschießend, unkontrolliert gefühlsbetont und/oder unangemessen misstrauisch reagiert wird
  
- 13.** aufgrund einer unheilbaren Depression die meiste Zeit Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit und/oder Hoffnungslosigkeit besteht

Der oben angegebene allgemeine Betreuungsaufwand besteht seit \_\_\_\_\_

Bitte vollständig ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt an den Versicherten weiterleiten! Vielen Dank!

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Die Vergütung für diese Bescheinigung erfolgt nach GOÄ 75 zum 2,3-fachen Satz. Bitte teilen Sie uns Ihre Bankverbindung mit

Kontoinhaber

Name der Bank

IBAN

BIC