

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. Die Gutachterin oder der Gutachter ist dabei auf Ihre Mithilfe angewiesen, denn zum Gutachtenzeitpunkt kann nur eine "Momentaufnahme" erhoben werden. Mit dem Ausfüllen des vorliegenden Formulars liefern Sie wichtige Hinweise und schaffen eine wertvolle Grundlage.

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Familiename, Vorname

Geburtsdatum

Versicherungs-Nr: _____

2. Angaben zur Erkrankung und zur Behinderung:

(Art und Beginn der Erkrankung/besondere Ereignisse/Komplikationen)

a) Fortbewegung

(Mehrfachangaben möglich)

selbstständig

mit Fremdhilfe

nicht möglich

mit Gehstock

mit Gehwagen

im Rollstuhl

b) Treppensteigen:

selbstständig

mit Fremdhilfe

nicht möglich

c) Bettlägerigkeit

nein

häufig

ständig

Druckgeschwüre

nein

ja

d) Harninkontinenz

nein

ja

Die Versorgung erfolgt mit:

e) Stuhlinkontinenz

nein

ja

Welche Hilfsmittel kommen bei dem/der Pflegebedürftigen zum Einsatz?

(z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Bade- und/oder Toilettenhilfe, Lifter etc.)

3. Angaben zum Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes ist abhängig vom Ausmaß der Hilfeleistungen bei den nachfolgend genannten Verrichtungen. Bitte geben Sie an, wie oft am Tag oder in der Woche diese Hilfeleistungen notwendig sind.

Körperpflege	durchschnittliche Häufigkeit pro		ggf. nähere Beschreibung der Hilfeleistungen
	Tag	oder	
Reinigung der oberen Körperhälfte			
Reinigung der unteren Körperhälfte			
Reinigung der Hände			
Reinigung des Gesichts			
Ganzkörperwäsche im Bett			
Duschen/Baden			
Zahnpflege			
Kämmen			
Rasieren			
Intimhygiene nach Blasenentleerung			
Intimhygiene nach Darmentleerung			
Richten der Bekleidung nach dem Toilettengang			
Wechseln von Inkontinenzartikeln			
Wechseln/Entleeren des Urin- bzw. Stomabeutels			
Entleeren/Reinigen von Toiletteneimer, Bettpfanne, Urinflasche etc.			

Ernährung	durchschnittliche Häufigkeit pro		ggf. nähere Beschreibung der Hilfeleistungen
	Tag	oder	
Mundgerechte Nahrungszubereitung			
Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit			

Mobilität	durchschnittliche Häufigkeit pro		ggf. nähere Beschreibung der Hilfeleistungen
	Tag	oder	
Aufstehen			
Zubettgehen			
Umlagern			
Ankleiden			
Auskleiden			

Erfolgen regelmäßig auch während der Nacht Hilfeleistungen? ja nein

Wenn ja, bei welchen Verrichtungen? _____

Wie oft in der Woche? _____

Seit wann besteht der auf dieser Seite angegebene Hilfebedarf? _____

Welche Hilfeleistungen werden zusätzlich regelmäßig erbracht?

Welcher Hilfebedarf besteht regelmäßig beim "Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung"?

4. Angaben zu Verhaltensauffälligkeiten

Auf Grund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, einer psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung kommt es bei dem/der Pflegebedürftigen immer wieder zu Verhaltensauffälligkeiten, die regelmäßig und dauerhafte Beaufsichtigung und Betreuung erfordern. (bitte eintragen) Er/sie _____

5. Angaben zur medizinisch/pflegerischen Versorgung

Welche Arzt- und/oder Therapiebesuche erfolgen regelmäßig außerhalb des Hauses?

Name des Arztes/Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit pro	
		Woche	oder Monat

Welche vom Arzt verordneten Medikamente werden regelmäßig eingenommen?

1		2		5	
2		4		6	

Die oben angeführten Hilfeleistungen werden regelmäßig erbracht von:

Name	Adresse	durchschnittliche Stunden pro	
		Tag	oder Woche
Pflegedienst:			
	Telefon-Nr.:		
Private Pflegeperson/Angehörige			
Geb.-Datum:	Telefon-Nr.:		
Private Pflegeperson/Angehörige			
Geb.-Datum:	Telefon-Nr.:		

Ort, Datum

Unterschrift