



Angaben zur Vorbereitung der Pflegebegutachtung

Zu der Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Falls Sie dies nicht selbst erledigen können, kann dies auch eine Angehörige, ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie übernehmen.

Name der/des Versicherten _____
Geburtsdatum _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen festgestellt worden?

Falls Sie schon zuvor vom Medizinischen Dienst begutachtet wurden:

Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung verändert? Ungefähr seit wann ist die Änderung eingetreten?

Falls Sie schon zuvor vom Medizinischen Dienst begutachtet wurden:

Waren Sie seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus?

ja nein

Wenn ja, aus welchen Gründen? Wie lange?

Wobei benötigen Sie Hilfe und Unterstützung?

Wenn möglich, legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe/Krankenhausentlassungsberichte in Kopie bei.

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?

ja, _____ kg seit _____ Wochen nein

Können Sie Knöpfe schließen?

ja nein

Können Sie die Hände...

in den Nacken legen?

ja nein

zum Gesäß führen?

ja nein

zu den Füßen bringen?

ja nein

Können Sie stehen?

ja nein

Wenn ja: ohne Hilfe

wenn ich mich festhalten kann

mit Stützen

durch eine Pflegeperson

Können Sie gehen?

ja nein



Wenn ja: ohne Hilfe wenn ich mich festhalte/mit Hilfsmittel mit Stützen
durch eine Pflegeperson

Können Sie Ihr Wasser halten? ja nein

Können Sie Ihren Stuhlgang halten? ja nein

Benötigen Sie nachts personelle Hilfe (z. B. Toilettengang)?

nein ja, wie oft? _____

Haben Sie seit der letzten Begutachtung eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? ja nein

(Falls ja legen Sie bitte – sofern vorhanden- eine Kopie bei.)

Ich lebe allein ja nein

Ich lebe zusammen mit meiner Pflegeperson A B C D

Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause (Pflegeperson)?

	Name, Vorname	Straße	PLZ	Wohnort	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
A						
B						
C						
D						

Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie (A macht...; B macht...)?

Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?

ja nein

Wie oft? _____ mal täglich **oder** _____ mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes:

Was macht der Pflegedienst?

Besuchen Sie in regelmäßigen Abständen eine Arztpraxis (Hausarzt/Fachärzte)?

_____ mal monatlich allein mit Begleitung

Besuchen Sie dauerhaft (über 6 Monate) eine Praxis zu Therapien?

Krankengymnastik _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Ergotherapie _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Logopädie _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Sonstiges _____ _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung



Nur wenn zutreffend!

Können Sie Ihre Medikamente alleine vorbereiten?

ja nein

Können Sie Ihre Medikamente alleine einnehmen?

ja nein, ___ mal täglich

Können Sie sich Ihr Insulin alleine spritzen?

ja nein, ___ mal täglich

Können Sie sich alleine den Blutzucker messen?

ja nein, ___ mal täglich

Können Sie Ihre Kompressionsstrümpfe alleine an- und ausziehen?

ja nein

Anderes (z. B. Wundverbände): _____

nein ja ___ mal täglich

Ich benötige Hilfe beim...?

Aufsetzen im Bett	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
aus dem Bett aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
stabil auf einem Stuhl sitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Gehen – innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
sich im Rollstuhl fortbewegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen – Oberkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen – Unterkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
An- und Auskleiden – Oberkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
An- und Auskleiden – Unterkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Speisen kleinschneiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Getränkeflaschen öffnen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Hilfe bei Inkontinenzprodukten z.B. Vorlagen, Windeln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett

Folgende Fragen brauchen nur beantwortet zu werden, wenn bei Ihnen psychische Erkrankungen oder Gedächtnisstörungen bekannt sind.

Brauchen Sie Hilfe ...

um bekannte Personen zu erkennen?

ja nein

um sich zu zeitlich orientieren (z. B. Wochentag, Tageszeit)?

ja nein

um sich in der Wohnung zu orientieren?

ja nein

um sich außerhalb der Wohnung zu orientieren?

ja nein

Können Sie sich an die letzte Mahlzeit erinnern?

ja nein



- Können Sie sich an ihren Beruf und ggf. Eheschließung erinnern? ja nein
Haben Sie Schwierigkeiten einem Gespräch zu folgen? ja nein
Erkennen Sie Gefahren im Haushalt (z.B. Stromquellen, Stolperschwellen)? ja nein
Haben Sie Schwierigkeiten, die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten? ja nein

Bestehen Schwierigkeiten beim...?

Bitte kurze Beschreibung:

Sprechen: nein ja, welche _____

Hören: nein ja, welche _____

Sehen: nein ja, welche _____

Benötigen Sie Hilfe bei psychischen Problemen (z.B. Wahnvorstellungen, grundloses ständiges Rufen)?

nein ja, welche _____

Wenn ja, wie oft (z. B. täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich)?

Welche Unterstützung ist dann notwendig?

Können Sie sich tagsüber beschäftigen (z. B. TV sehen, Radio hören) ja nein

Können Sie alleine ein Treffen mit einer Freundin/Freund planen ja nein

Können Sie ohne Hilfe telefonieren? ja nein

Ort, Datum, Unterschrift

Telefonnummer (wichtig für Rückfragen)

Falls Sie die Fragen nicht selbst beantwortet haben:

Ich bin damit einverstanden, dass bei offenen Fragen dort Kontakt aufgenommen wird

ja nein

Die Fragen wurden beantwortet von:

Name, Vorname: _____

Funktion (z. B. Bevollmächtigte

Betreuer/in): _____

Telefon: _____

Ort, Datum, Unterschrift