

## Begutachtungsbogen Außerklinische Intensivpflege

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Leistungsort: \_\_\_\_\_

Erstbesuch:  ja  nein

Pflegegrad:  1  2  3  4  5  beantragt  vorläufig  unbekannt  keine

Pflegende:  Angehörige  Pflegedienst  Pflege WG  Pflegeheim  stationär

Anwesende Personen: \_\_\_\_\_ Funktion: \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

**Relevante Diagnosen für außerklinische Intensivpflege nach § 37 c SGB V:**

### Allgemeiner Eindruck/Körpermaße

Alter: \_\_\_\_\_ jährige/jähriger Versicherte/Versicherter, \_\_\_\_\_ cm groß \_\_\_\_\_ kg schwer \_\_\_\_\_

Allgemeinzustand  unauffällig  reduziert

Ernährungszustand  unauffällig  kachektisch  übergewichtig

Erscheinung/Pflegezustand  unauffällig  vorgealtert  jünger aussehend  gepflegt  ungepflegt

### Neurologie

**Kognition:** Reaktion auf Ansprache:  adäquat  nicht adäquat  gar nicht

orientiert zu:  Ort  Zeit  Person  desorientiert  somnolent  Wachkoma

**Kommunikation:** sprachlich:  ja  nein  ohne Hilfsmittel  Sprechkanüle

\_\_\_\_\_

Hände  Augen \_\_\_\_\_

**Schluckfähigkeit:**  selbstständig  aufsichtspflichtige Schluckstörung  nicht vorhanden

Schluckdiagnostik (endoskopisch): am \_\_\_\_\_

**Ergebnis:** \_\_\_\_\_

**Mobilität:**  bettlägerig:  Lagerung notwendig  dreht sich selbstständig

Bettkante:  mit Hilfe  selbstständig

Rollstuhl:  mit Hilfe  selbstständig

- Rollator:     mit Hilfe     selbstständig  
 selbstständig-mobil:     in der Wohnung     außerhalb der Wohnung

Spastik: \_\_\_\_\_

**Motorik:**

- Hemiparese     Tetraparese     Monoparese: \_\_\_\_\_  
 Hemiplegie     Tetraplegie     Monoplegie: \_\_\_\_\_  
 Spastik: \_\_\_\_\_

**Atmung:**

- spontan  ja  nein     Beatmung  ja  nein     ohne Sauerstoff  ja  nein  
 mit Sauerstoff: \_\_\_\_\_ Liter/min     permanent     intermittierend \_\_\_\_\_ h/Tag

**Maskentyp:**

- Nasenmaske     Mund-Nasen-Maske  Mundstück  Fullface-Maske  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Maskenbedienung:**

- selbstständig  Unterstützung notwendig

unselbstständig, weil: \_\_\_\_\_

**Atemunterstützung/Beatmung:**

O2-Gabe    nein  ja: \_\_\_\_\_ Std/Tag    \_\_\_\_\_ Std/Nacht     24h    \_\_\_\_\_ Liter O2/min

CPAP    nein  ja: \_\_\_\_\_ Std/Tag    \_\_\_\_\_ Std/Nacht     24h    \_\_\_\_\_ Liter O2/min

High Flow     nein  ja: \_\_\_\_\_ Std/Tag    \_\_\_\_\_ Std/Nacht     24h    \_\_\_\_\_ Liter O2/min

Non-Invasiv     nein  ja: \_\_\_\_\_ Std/Tag    \_\_\_\_\_ Std/Nacht     24h    \_\_\_\_\_ Liter O2/min

Invasiv     nein  ja: \_\_\_\_\_ Std/Tag    \_\_\_\_\_ Std/Nacht     24h    \_\_\_\_\_ Liter O2/min

- PEEP     BiPAP

Gerät: \_\_\_\_\_

Druckeinstellung:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Trachealkanüle Art/Größe: \_\_\_\_\_

geblockt:  nein  ja \_\_\_\_\_ Std/Nacht      ungeblockt:  nein  ja \_\_\_\_\_ Std/Nacht

Sprechkanüle \_\_\_\_\_ Std/Nacht  sprechfähig \_\_\_\_\_ Std/Nacht       Lautieren möglich

Vorherige Dekanülierung:    nein     ja:    bis wann: \_\_\_\_\_  
Warum nicht erfolgreich: \_\_\_\_\_

Dekanülierung geplant:  nein, warum: \_\_\_\_\_     ja:    wann: \_\_\_\_\_

Vorstellung in Weaningklinik geplant:  ja  nein

**Hustenstoß:**     suffizient     insuffizient

maschinelle Hustenhilfe (Cough assist) \_\_\_\_\_ x/tgl.     unplanmäßige Nutzung notwendig

**Absaugen:**

**oral**    durchschnittlich \_\_\_\_\_ x/täglich       **endotracheal**    durchschnittlich \_\_\_\_\_ x/täglich

**Sekret:**     reichlich     mäßig     gering      **Sekret:**     reichlich     mäßig     gering  
 zäh       flüssig     eitrig       zäh       flüssig     eitrig  
 klar       gelblich       klar       gelblich

Sogeeinstellung: \_\_\_\_\_      Sogeeinstellung: \_\_\_\_\_

**pharyngeal**    durchschnittlich \_\_\_\_\_ x/täglich       **sonstige** \_\_\_\_\_ durchschnittlich \_\_\_\_\_ x/täglich

**Sekret:**     reichlich     mäßig     gering      **Sekret:**     reichlich     mäßig     gering  
 zäh       flüssig     eitrig       zäh       flüssig     eitrig  
 klar       gelblich       klar       gelblich

Sogeeinstellung: \_\_\_\_\_      Sogeeinstellung: \_\_\_\_\_

**Monitoring:**     Pulsoxymetrie    Werte: mit O2: \_\_\_\_\_ ohne O2: \_\_\_\_\_    Herzfrequenz: \_\_\_\_\_

Gerät: \_\_\_\_\_

Kapnographie Gerät: \_\_\_\_\_

nicht invasive Blutdruckmessung \_\_\_\_\_ mm/Hg Gerät: \_\_\_\_\_

Temperaturmessung     axillar     Ohr     sonstige \_\_\_\_\_ Wert \_\_\_\_\_ Grad Celsius

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Ernährung:**

- oral:  allein  mit Hilfe  nur passierte Kost  Sondenkost  
 nur Flüssigkeit  parenteral \_\_\_\_\_  
 Magensonde  PEG-Sonde  PEJ-Sonde (Jejunalsonde)

---

---

**Ausscheidung:**

- spontan  transurethraler DK  suprapubischer DK (Dauerkatheter)

Auswertung Dokumentationsunterlagen

---

---

- Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation vorhanden?  ja  nein  
Umgang mit Hygiene/Problemkeimen  unauffällig  auffällig

---

---

Befragung der versorgten Person, Betreuenden, Angehörige

---

---

Behandelnde:

Hausärztlich: \_\_\_\_\_

Fachärztlich: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

Sicherstellung der AKI durch Pflegende/Angehörige  ja  nein

Heilmittelversorgung: Physiotherapie Ergotherapie Logopädie

---

Hilfsmittelversorgung:

---

---

Sonstiges:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Gutachterin/Gutachter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_