

## PFLEGEPROTOKOLL

### Fragebogen für stationäre Pflegeeinrichtungen

Für Ihre Bewohnerin oder Ihren Bewohner wurde ein Antrag auf Zuordnung zu einem/einem höheren Pflegegrad gestellt. Deshalb hat die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung Medicproof beauftragt, ein Gutachten zu erstellen. Bitte unterstützen Sie uns durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie das Formular als Grundlage für die Erstellung des Gutachtens sorgfältig aus. So kann sich der Gutachter oder die Gutachterin ein Bild vom Grad der Selbständigkeit und der Fähigkeiten machen. Die Angaben in diesem Fragebogen sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Hinweise dienen aber als wichtige Basis und werden von dem Gutachter oder der Gutachterin mit den geltenden Begutachtungsrichtlinien abgeglichen.

#### 1 Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherung/Versicherungsnummer

#### 2 Wie haben sich die körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen bei Ihrem Bewohner oder Ihrer Bewohnerin seit der letzten Begutachtung verändert? Welche Beeinträchtigungen im Alltag ergeben sich daraus?

(Art, Zeitpunkt der Änderung/besondere Ereignisse/Komplikationen, etc.) Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Wurden in den letzten Wochen bzw. Monaten Behandlungen im Krankenhaus oder wurde eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?**

(Name der Einrichtung, Zeitraum, Grund des Aufenthalts)

---

---

---

---

---

**Bestehen Verhaltensauffälligkeiten oder kognitive Beeinträchtigungen (z. B. Unruhezustände, Umtriebigkeit, aggressives/abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste/Panikattacken, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage)? Wenn ja, welche und wie häufig? Seit wann?**

Beschreiben Sie die Probleme und den personellen Unterstützungsbedarf, der sich daraus ergibt.

---

---

---

---

---

**Welche Hilfsmittel werden genutzt?**

(z. B. Pflegebett, Rollator, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Duschschieberollstuhl, Lifter, Inkontinenzartikel, Brille, Hörgerät, Sauerstoffgerät, Antidekubitusmatratze)

---

---

---

---

---

**3 Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen Selbständigkeit oder Fähigkeiten Ihres Bewohners oder Ihrer Bewohnerin ein?**

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbständigkeit 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 Selbständigkeit und die Fähigkeiten einschätzen.

<input type="checkbox"/> Fortbewegen	<input type="checkbox"/> selbständig (ggf. mit Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig
<input type="checkbox"/> Druckgeschwüre	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit:	
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit:	

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (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	Fähigkeit 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"/>
	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbau oder Erhalt von Sozialkontakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?**

ja  nein

(z. B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

**Wenn ja, warum und wie oft?**

---



---



---

**4 Erfolgen medizinische Versorgung oder Therapiemaßnahmen innerhalb der Einrichtung?**

(z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung)

Name der Ärztin / des Arztes bzw. der Therapeutin / des Therapeuten	Maßnahme	Durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

**Bitte führen Sie nachfolgend alle angeordneten Medikamente mit Applikationsart und –zeitpunkt auf.**  
 (z. B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster)

Handelsname oder Wirkstoff	Applikationsart	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Anmerkungen

**Muss der Bewohner bzw. die Bewohnerin bei der Medikamenteneinnahme unterstützt werden?**

ja       nein

**5** **Erfolgen medizinische Versorgungen oder Therapiemaßnahmen außerhalb der Einrichtung?**  
 (z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung)

Name des Arztes / Therapeuten	Maßnahme	Durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

**6** **Gibt es noch weitere Informationen, die für die Erstellung des Gutachtens relevant sind?**

---



---



---



---

**Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:**

---

Name

---

Vorname

---

Name der Einrichtung

---

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Ich versichere, dass die Angaben wahr sind und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht worden sind.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**