

## PFLEGEPROTOKOLL

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

### FRAGEBOGEN ZUR VORBEREITUNG AUF DIE BEGUTACHTUNG

**BITTE DIESEN BOGEN NICHT AN DIE PFLEGEKASSE SENDEN, SONDERN DEM GUTACHTER BEIM HAUSBESUCH VORLEGEN.**

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird Sie eine Gutachterin oder ein Gutachter von MEDICPROOF besuchen. MEDICPROOF ist der medizinische Dienst der privaten Krankenversicherungen.

Bitte unterstützen Sie den Ablauf der Begutachtung durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie das Formular als Grundlage für die Fragen des Gutachters sorgfältig aus. So kann sich der Gutachter ein Bild vom Grad Ihrer Selbständigkeit machen. Die Angaben zu Ihren Pflegepersonen sind unter anderem für mögliche Zahlungen von Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen wichtig.

Die Angaben in diesem Fragebogen sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Hinweise dienen aber als wichtige Basis für das Gespräch und werden vom Gutachter mit seinen eigenen Eindrücken und den geltenden Begutachtungsrichtlinien abgeglichen.

#### 1. Angaben zur pflegebedürftigen Person:

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Vorname

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ Versicherung/Versicherungsnummer

#### 2. Welche körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden oder Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund? Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

(Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach zusätzlich benötigt? (z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter, Brille, Hörgerät etc.)**

Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf? \_\_\_\_\_

**Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?**  ja  nein  
(z. B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

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

**Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?**  ja  nein  
(z. B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

**4. Erfolgen medizinische Versorgungen oder Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses?** (z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung)

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

**Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bereit.**  
Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente angeordnet sind (z B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	

**Werden Sie bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung von jemandem unterstützt?**  ja  nein

**Die Pflege wird regelmäßig erbracht von:**

Pflegeeinrichtung	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Private Pflegeperson/ Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson/ Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson/ Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson/ Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson/ Angehörige	Adresse/Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			

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

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift