

# 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.

| <b>Körperpflege</b>   | durchschnittliche Häufigkeit pro |             | ggf. nähere Beschreibung der Hilfeleistungen |
|---|----------------------------------|-------------|--|
|   | <b>Tag</b>                       | <b>oder</b> |  |
| 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. |                                  |             |  |

| <b>Ernährung</b>                     | durchschnittliche Häufigkeit pro |             | ggf. nähere Beschreibung der Hilfeleistungen |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------|--|
|                                      | <b>Tag</b>                       | <b>oder</b> |  |
| Mundgerechte Nahrungszubereitung     |                                  |             |  |
| Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit |                                  |             |  |

| <b>Mobilität</b> | durchschnittliche Häufigkeit pro |             | ggf. nähere Beschreibung der Hilfeleistungen |
|------------------|----------------------------------|-------------|--|
|                  | <b>Tag</b>                       | <b>oder</b> |  |
| 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 | <i>durchschnittliche Häufigkeit pro</i><br><b>Woche oder Monat</b> |  |
|-----------------------------|---------|--|--|
|                             |         |  |  |
|                             |         |  |  |
|                             |         |  |  |

**Welche vom Arzt verordneten Medikamente werden regelmäßig eingenommen?**

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 1 |  | 2 |  | 5 |  |
| 2 |  | 4 |  | 6 |  |

**Die oben angeführten Hilfeleistungen werden regelmäßig erbracht von:**

| Name                            | Adresse      | <i>durchschnittliche Stunden pro</i><br><b>Tag oder Woche</b> |  |
|---------------------------------|--------------|---|--|
| Pflegedienst:                   |              |   |  |
|                                 | Telefon-Nr.: |   |  |
| Private Pflegeperson/Angehörige |              |   |  |
| Geb.-Datum:                     | Telefon-Nr.: |   |  |
| Private Pflegeperson/Angehörige |              |   |  |
| Geb.-Datum:                     | Telefon-Nr.: |   |  |

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift