



Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Servicenummer:  
Versicherte Person:  
Datum:

**Debeka**  
**Hauptverwaltung**  
ZD/P - Schriftwechsel Pflege  
Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18  
56058 Koblenz

Service-Nr.:

# Pflegeprotokoll

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

## Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Die Pflegepflichtversicherung beauftragt eine Gutachterin oder einen Gutachter\* von Medicproof, um die Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage festzustellen. Medicproof ist der medizinische Dienst der privaten Krankenversicherungen.

Bitte unterstützen Sie Medicproof durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie das Formular sorgfältig aus. So kann sich der Gutachter ein Bild vom Grad der Selbstständigkeit machen. Die Angaben zu den Pflegepersonen sind unter anderem für mögliche Zahlungen von Renten- und Arbeitslosenversicherungsleistungen wichtig.

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

<b>1. Allgemeine Angaben</b>	<b>1.1. Angaben zur pflegebedürftigen Person:</b>	
	Name	
	Geburtsdatum	
	Versicherung/ Versicherungsnummer	
	<b>1.2. Angaben zur Unterzeichnerin/zum Unterzeichner:</b> (nur auszufüllen, wenn abweichend von 1.1)	
	Name, Vorname	
Geburtsdatum		
Verhältnis zur pflegebedürftigen Person		

\* Im Sinne einer sprachlichen Vereinfachung und für einen besseren Lesefluss wird im folgenden Text weitestgehend die maskuline Form verwendet.

<b>2. Welche körperlichen seelischen und geistigen Beschwerden oder Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund?</b>	<p>(Art und Beginn/besondere Ereignisse/Komplikationen) Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.</p> <hr/>																																
<b>2.1. 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?</b> Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.	<hr/>																																
<b>2.2. Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach zusätzlich benötigt?</b> (z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter, Brille, Hörgerät etc.) Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.	<hr/>																																
<b>3. Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen Ihrer Selbstständigkeit oder Fähigkeiten ein?</b>	<p>Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbstständigkeit 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 <b>Sie</b> die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen einschätzen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 2px;">Fortbewegen</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Treppensteigen</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> selbstständig</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nicht möglich</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Bettlägerigkeit</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> manchmal</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ständig</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Lagerungsbedarf</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Harninkontinenz</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> manchmal</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ständig</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Versorgung mit: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Stuhlinkontinenz</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> manchmal</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ständig</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Versorgung mit: _____</td> </tr> </table>	Fortbewegen	<input type="checkbox"/> selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich	Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig	Lagerungsbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig		Versorgung mit: _____			Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig		Versorgung mit: _____		
Fortbewegen	<input type="checkbox"/> selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich																														
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich																														
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig																														
Lagerungsbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																															
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig																														
	Versorgung mit: _____																																
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig																														
	Versorgung mit: _____																																

	selbstständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbstständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	unselbstständig (keine eigene Beteili- gung mehr 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 mit- telgradig 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"/>
	selbstständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbstständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	unselbstständig (keine eigene Beteili- gung mehr möglich)
Tagesgestaltung/Aufbau oder Erhalt von Sozialkontakten/Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.1. Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf? (Monat/Jahr)</b>			
_____			
_____			
_____			
<b>3.2. Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?</b> (z.B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn "ja": warum und wie oft?			
_____			
_____			
_____			
<b>3.3. Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?</b> (z.B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

<b>4. Erfolgen eine medizinische Versorgung oder andere Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses?</b>	(z.B. Arztbesuche, Dialyse, Krankengymnastik, Wundversorgung etc.)					
	Name des Arztes/Therapeuten	Maßnahme	durchschnittliche Häufigkeit		Zuhause	Praxis
			pro Woche	pro Monat		
	<b>4.1. Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bereit.</b> Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente angeordnet sind (z B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).  1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____					
	<b>4.2. Werden Sie bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung von jemandem unterstützt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	<b>4.3. Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht? (ggf. Rückseite nutzen)</b> Zur <b>Pflege</b> gehören z. B. die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen und anderen Wegen, das An-/Auskleiden und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.					
	<b>Pflegeeinrichtung</b>					
	Name					
	Straße, Haus-Nr.					
Postleitzahl, Ort						
Telefon						
Pflegetage pro Woche				Pflegestunden pro Woche		
<b>Private Pflegeperson /Angehörige</b>						
Name, Vorname						
Geburtsdatum						
Straße, Haus-Nr.						
Postleitzahl, Wohnort						
Telefon						
Pflegetage pro Woche				Pflegestunden pro Woche		
<b>Private Pflegeperson /Angehörige</b>						
Name, Vorname						
Geburtsdatum						
Straße, Haus-Nr.						
Postleitzahl, Wohnort						
Telefon						
Pflegetage pro Woche				Pflegestunden pro Woche		

Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

Name	
Vorname	

X  
Datum

X  
Unterschrift