

**Gutachten-Nr.:**

\_\_\_\_\_ (vom Gutachter auszufüllen)

**MEDICPROOF**

Der medizinische Dienst der Privaten

## PFLEGEPROTOKOLL

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

### Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Mit der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit wird eine Gutachterin oder ein Gutachter der MEDICPROOF GmbH – Der medizinische Dienst der Privaten – 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, unter anderem zur Ermittlung möglicher Rentenversicherungsleistungen, und schaffen eine wertvolle Grundlage zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs.

#### **1a** Angaben zur pflegebedürftigen Person:

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Vorname

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum

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

#### **1b** Angaben zur Unterzeichnerin / zum Unterzeichner:

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Vorname

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ Verhältnis zur pflegebedürftigen Person

**2 Angaben zur Erkrankung / zur Behinderung:**

(Art und Beginn der Erkrankung / besondere Ereignisse / Komplikationen)

---

---

---

---

---

**Angaben zu Verhaltensauffälligkeiten**

Aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung kommt es bei der / dem Pflegebedürftigen immer wieder zu Verhaltensauffälligkeiten, die regelmäßig dauerhafte Beaufsichtigung und Betreuung erfordern. Sie / er ...(bitte Auffälligkeiten eintragen)...

---

---

---

<b>Fortbewegung:</b> (Mehrfachangaben möglich)	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Gehstock	<input type="checkbox"/> mit Gehwagen				
	<input type="checkbox"/> im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> mit Fremdhilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich				
<b>Treppensteigen:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Fremdhilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich				
<b>Bettlägerigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig				
<b>Druckgeschwüre:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja					
<b>Harninkontinenz:</b>							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p>Wenn ja Versorgung mit:</p><table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Windeln</td><td><input type="checkbox"/> Dauerkatheter</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vorlagen</td><td><input type="checkbox"/> Stoma (künstlicher Ausgang)</td></tr></table></div>		<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Stoma (künstlicher Ausgang)
<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter						
<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Stoma (künstlicher Ausgang)						
<b>Stuhlinkontinenz:</b>							
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja						

**Welche Hilfsmittel kommen bei der/dem Pflegebedürftigen zum Einsatz bzw. werden zukünftig nach Selbsteinschätzung benötigt?**

(z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter, 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 und / oder in der Woche diese Hilfeleistungen regelmäßig notwendig sind.

Körperpflege	durchschnittliche pro Tag	Häufigkeit oder pro Woche	ggf. nähere Beschreibung der Hilfeleistungen
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.			
Ernährung	durchschnittliche pro Tag	Häufigkeit oder pro Woche	ggf. nähere Beschreibung der Hilfeleistungen
Mundgerechte Nahrungszubereitung			
Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit			
Mobilität	durchschnittliche pro Tag	Häufigkeit oder pro Woche	ggf. nähere Beschreibung der Hilfeleistungen
Aufstehen			
Zubettgehen			
Umlagern			
Ankleiden			
Auskleiden			

Seit wann besteht der oben angegebene Hilfebedarf? \_\_\_\_\_

Es besteht ein hauswirtschaftlicher Hilfebedarf?

ja

nein

(z.B. Einkaufen, Kochen, Spülen, Wohnungsreinigung, Wäsche).

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

ja

nein

Wenn ja, bei welchen Verrichtungen?

Wenn ja, wie oft in der Woche?

**4** Angaben zur medizinischen / pflegerischen Versorgung

Welche Arzt- und/oder Therapiebesuche erfolgen regelmäßig außerhalb des Hauses?

Name des Arztes / Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit pro Woche oder pro Monat

Welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen?

1	3	5
2	4	6

Die oben angeführten Hilfeleistungen werden regelmäßig erbracht von (ggf. Rückseite nutzen):

Pflegedienst	Adresse / Telefon	Zeitaufwand pro Tag oder	in Stunden pro Woche
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse / Telefon	Zeitaufwand pro Tag oder	in Stunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse / Telefon	Zeitaufwand pro Tag oder	in Stunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse / Telefon	Zeitaufwand pro Tag oder	in Stunden pro Woche
Geb.-Dat.:			

Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:

Ort

Unterschrift