



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 für Kinder (und Jugendliche)

### Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit Ihres Kindes 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 der Selbständigkeit Ihres Kindes machen. Die Angaben zum Pflegeaufwand der Eltern oder Angehörigen 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.

**Bitte legen Sie das "gelbe Untersuchungsheft" - und gerne auch Kopien von Arztbriefen, Krankenhausentlassungsberichten oder Untersuchungsergebnissen - für den Gutachter bereit.**

<b>1. Angaben zum pflegebedürftigen Kind</b>	Name		
	Geburtsdatum		
	Servicenummer		
	Angabe bei Kindern bis 6 Jahren		
	Geburtsgewicht		kg
	Geburtsgröße		cm
	Aktuelles Gewicht		kg
	Aktuelle Größe		cm

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



Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?  ja  nein  
 Wenn "ja": warum und wie oft?

Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach zusätzlich benötigt?

4. Müssen regelmäßig Ärzte oder Klinikambulanzen aufgesucht werden oder fallen regelmäßig Therapiemaßnahmen (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Frühförderung) an?

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

Bitte schreiben Sie alle Medikamente auf, die angeordnet sind:

1	2
3	4
5	6
7	8

Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht? (ggf. Rückseite nutzen)

Zur **Pflege** 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.

Eltern / Angehörige / Schule / Kindergarten	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Eltern / Angehörige / Schule / Kindergarten	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Eltern / Angehörige / Schule / Kindergarten	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Pflegeeinrichtung	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche

Bitte geben Sie an, wer den Bogen aus- gefüllt hat.	Name	
	Vorname	

X

Datum

X

Unterschrift