



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 Beurteilung eines zurückliegenden personellen Unterstützungsbedarfs

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.

1. Allgemeine Angaben	1.1. Angaben zur pflegebedürftigen Person:	
	Name	
	Geburtsdatum	
	Versicherung/ Versicherungsnummer	
	1.2. Angaben zur Unterzeichnerin/zum Unterzeichner:	
	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.

2. Welche körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen und Behinderungen standen im Vordergrund?	<p>(Art und Beginn/besondere Ereignisse/Komplikationen) Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																								
2.1. Bestanden demenzielle Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten (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.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																								
Welche Hilfsmittel wurden genutzt?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pflegebett</td> <td><input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze</td> <td><input type="checkbox"/> Aufrichthilfe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rollstuhl</td> <td><input type="checkbox"/> Rollator</td> <td><input type="checkbox"/> Gehstock</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Toilettenhilfe</td> <td><input type="checkbox"/> Badehilfe</td> <td><input type="checkbox"/> Duschhilfe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bettpfanne</td> <td><input type="checkbox"/> Urinflasche</td> <td><input type="checkbox"/> Schnabeltasse/-becher</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Brille</td> <td><input type="checkbox"/> Hörgerät</td> <td><input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät</td> <td><input type="checkbox"/> Absauggerät</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Sonstiges _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze	<input type="checkbox"/> Aufrichthilfe	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Toilettenhilfe	<input type="checkbox"/> Badehilfe	<input type="checkbox"/> Duschhilfe	<input type="checkbox"/> Bettpfanne	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Schnabeltasse/-becher	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> Absauggerät		<input type="checkbox"/> Sonstiges _____			_____		
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze	<input type="checkbox"/> Aufrichthilfe																							
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Gehstock																							
<input type="checkbox"/> Toilettenhilfe	<input type="checkbox"/> Badehilfe	<input type="checkbox"/> Duschhilfe																							
<input type="checkbox"/> Bettpfanne	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Schnabeltasse/-becher																							
<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe																							
<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> Absauggerät																								
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____																									

3. Welche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten lagen Ihrer Einschätzung nach vor?	<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 Sie die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen einschätzen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 5px;">Fortbewegen</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel) <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe <input type="checkbox"/> nicht möglich </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Treppensteigen</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe <input type="checkbox"/> nicht möglich </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Bettlägerigkeit</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> ständig </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Lagerungsbedarf</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Harninkontinenz</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> ständig Versorgung mit: _____ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Stuhlinkontinenz</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> ständig 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"/>
3.1. Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf? (Monat/Jahr)			

3.2. Erfolgt auch während der Nacht Hilfeleistungen? (z.B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn "ja": warum und wie oft?			

3.3. Bestand ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung? (z.B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

4. Erfolgten medizinische Versorgung oder andere Therapiemaßnahmen? Welche? Wo?	(z.B. Arztbesuche, Dialyse, Krankengymnastik, Wundversorgung etc.)					
	Name des Arztes/Therapeuten	Maßnahme	durchschnittliche Häufigkeit		Zuhause	Praxis
			pro Woche	pro Monat		
4.1. Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bei. Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente zuletzt angeordnet waren (z. B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster). Bitte geben Sie die tägliche Häufigkeit an: (z. B. ASS 100mg 1x tägl.) 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____						
4.2. Musste jemand bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung helfen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
4.3. Von wem wurde 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.						
Pflegeeinrichtung						
Name						
Straße, Haus-Nr.						
Postleitzahl, Ort						
Telefon						
Pflegetage pro Woche				Pfleigestunden pro Woche		
Private Pflegeperson /Angehörige						
Name, Vorname						
Geburtsdatum						
Straße, Haus-Nr.						
Postleitzahl, Wohnort						
Telefon						
Pflegetage pro Woche				Pfleigestunden pro Woche		
Private Pflegeperson /Angehörige						
Name, Vorname						
Geburtsdatum						
Straße, Haus-Nr.						
Postleitzahl, Wohnort						
Telefon						
Pflegetage pro Woche				Pfleigestunden pro Woche		

Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

Name	
Vorname	

X _____
Datum

X _____
Unterschrift