

**Antrag auf ambulante Pflegeleistungen in der Pflegepflichtversicherung - Tarif PV****Angaben zum Pflegebedürftigen**

Nachname, Vorname:	Telefon/Telefax (mit Vorwahl):
Versicherungsscheinnummer:	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):	
<b>Besteht Beihilfeanspruch? Wenn ja, dann bitte die nachfolgenden Informationen eintragen:</b>	
Beihilfestelle:	
Personalnummer:	
Beihilfeanspruch:	

**Beantragt wird**

<input type="checkbox"/> <b>Kostenerstattung</b> für häusliche Pflege durch eine geeignete Pflegefachkraft oder eine ambulante Pflegeeinrichtung.
Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) der Pflegeeinrichtung:
Telefon/Telefax (mit Vorwahl):
<input type="checkbox"/> Handelt es sich um eine zugelassene Pflegeeinrichtung? Bitte die entsprechende IK-Nummer (Institutionskennzeichen) angeben:
<input type="checkbox"/> <b>Pflegegeld</b> , mit dessen Umfang ich die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstelle.
Name, Vorname und Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) der Pflegeperson:
Telefon/Telefax der Pflegeperson:
Wenn mehrere Personen an der Pflege beteiligt sind, bitte alle Pflegepersonen namentlich benennen und die Adresse/n (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) eintragen:

**Sonstige Antragstellung/sonstiger Wunsch** (z.B. zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b) SGB XI/ erforderliche Pflegehilfsmittel)

Bitte gewünschte Leistungen angeben:

**Andere Ansprüche auf Pflegeleistungen**

Bestehen noch anderweitige Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit (z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus der gesetzlichen Unfallversicherung, aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung, z.B. nach dem Beamtenversorgungsgesetz oder privatrechtlicher Art) oder wurden diese beantragt?

Ja  Nein

Art und Höhe der Ansprüche (bitte Kopie des Anerkennungsbescheids bzw. Antrags beilegen):

#### Behandelnder Hausarzt

Nachname, Vorname:

Telefon/Telefax (mit Vorwahl):

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):

**Die Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung ist beigefügt und unterschrieben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Pflegebedürftigen  
oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

**Versicherungsnummer:**  
**Kunde:**  
**Anschrift:**

## **Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich erst, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von §1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV durch ein Gutachten gemäß § 1 Abs. 11 MB/PPV\* festgestellt worden ist. Zu diesem Zweck beauftragt mein privater Kranken-/Pflegeversicherer (Versicherer) die MEDICPROOF GmbH (MEDICPROOF), die Begutachtung einem Arzt oder einer Pflegefachkraft (Gutachter) zu übertragen. MEDICPROOF mit Sitz in Köln ist der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Gutachter soll insbesondere Folgendes feststellen:

- den Eintritt, den Grad und die Fortdauer einer Pflegebedürftigkeit,
- die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- die Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Pflege-/Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und
- Namen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer kann MEDICPROOF auch beauftragen, dass der Gutachter in einem gesonderten Gutachten Feststellungen zur Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen trifft.

Mein Versicherer kann MEDICPROOF auch damit beauftragen, durch einen Gutachter eine pflegfachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegfachliche Stellungnahme enthält beispielsweise Folgendes:

- Beurteilung der Pflege- und Versorgungssituation auch im Hinblick auf die Pflegepersonen,
- Darstellung eines ganzheitlich betrachteten Pflege- und Versorgungsbedarfs und
- konkrete Hinweise und Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation.

Weiterhin bietet die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 4 Absatz 15 MB/PPV\* Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen auch in der häuslichen Umgebung der/des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen unter anderem konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck beauftragt mein Versicherer MEDICPROOF damit, die Durchführung des Pflegekurses in Form des Pflegetrainings einem Pflegetrainer von MEDICPROOF zu übertragen. Der Pflegetrainer vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken für rückschonendes Arbeiten oder zur Vermeidung von Druckgeschwüren,
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz und
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Körperpflege.

Zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld benötigt mein Versicherer die Angabe, ob es sich bei den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach dem SGB XI handelt. Handelt es sich um eine ambulante Pflegesituation und ist ein Pflegedienst tätig, beauftragt mein Versicherer MEDICPROOF, durch einen Gutachter im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Folgendes feststellen zu lassen:

- Die Beteiligung des ambulanten Pflegedienstes an Maßnahmen der Selbstversorgung (Modul 4 des Begutachtungsinstruments gem. § 1 Abs. 5 Satz 1, 2 MB/PPV\*).

### **1. Datenübermittlung an MEDICPROOF, den Gutachter und den Pflegetrainer**

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung, zur Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Schulung pflegender Angehöriger erforderlichen Daten zu meiner Person, wie

- meinen Namen, Vornamen, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name und Adresse der Pflegeeinrichtung,

- Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum der mich versorgenden Pflegepersonen,
- meine Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Beschreibungen des Krankheitsbildes, an MEDICPROOF. Bereits vorhandene Pflegegutachten können übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung der vorstehend genannten Aufträge erforderlich ist. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die vorhanden oder bereits beantragt sind. MEDICPROOF gibt die für die Begutachtung, die pflegfachliche Stellungnahme oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

**Ich willige in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung, Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Durchführung des Pflegetrainings an MEDICPROOF, den Gutachter und den Pflegetrainer ein und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

## **2. Datenerhebung bei Dritten und Weiterleitung an MEDICPROOF sowie den Versicherer**

Benötigt der Gutachter weitere Informationen, um die erforderlichen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit treffen zu können, kann die Befragung Dritter erforderlich sein, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben. Dritte in diesem Sinne sind Ärzte und sonstige Angehörige eines Heilberufs, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

**Ich willige ein, dass der Gutachter erforderliche Informationen bei den unter 2. genannten Dritten, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, zur Erstellung seines Gutachtens erhebt und verarbeitet. Ich entbinde die unter 2. genannten Personen und Stellen dazu von ihrer Schweigepflicht. Ferner willige ich ein, dass der Gutachter meine diesbezüglichen Daten an MEDICPROOF und an meinen Versicherer übermittelt und entbinde ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.**

## **3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen / der pflegfachlichen Stellungnahme an MEDICPROOF und meinen Versicherer**

MEDICPROOF muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Absatz 6 Nr.1 SGB XI) - bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sicherstellen, dass die gleichen Maßstäbe und Grundsätze wie in der sozialen Pflegeversicherung angewendet werden. Außerdem gewährleistet MEDICPROOF, dass das Begutachtungsverfahren einheitlich ausgestaltet ist und prüft, ob das Gutachten vollständig und plausibel ist. MEDICPROOF hat in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV\* eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung abzugeben.

**Ich willige ein, dass der Gutachter das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegfachliche Stellungnahme an MEDICPROOF übermittelt. Hierzu entbinde ich ihn von seiner Schweigepflicht. MEDICPROOF wird das jeweilige Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegfachliche Stellungnahme nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer übermitteln. Ferner willige ich ein, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.**

## **4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Mein Versicherer muss mich innerhalb einer gesetzlichen Frist (§ 18 Abs. 3 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 a MB/PPV\* einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nr. 12 des Tarifs PV.

**Ich willige ein, dass MEDICPROOF zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren mitteilt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.**

## 5. Datenverwendung durch den Gutachter, MEDICPROOF und meinen Versicherer

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, der pflegefachlichen Stellungnahme, dem Pflegetraining und der Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhoben wurden und werden, verarbeitet.

**Ferner willige ich ein** in die Verarbeitung der erforderlichen Daten zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld, die im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhoben wurden und werden.

**Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter und MEDICPROOF diese Daten in dem für eine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, eine pflegefachliche Stellungnahme, eine gesonderte Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings erforderlichen Umfang verarbeiten.

## 6. Mitteilungen an das Pflegeheim

**Bei vollstationärer Pflege willige ich ein**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad übermittelt und entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Nach dem Pflegegrad richtet sich die Höhe des Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch bei einem Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege.

## 7. Mitteilungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Leistungsgewährung von Hilfsmitteln erforderlichen Daten, insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungserbringer von Hilfsmitteln übermittelt und entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

## 8. Mitteilungen an die zuständige Stelle im Krankenhaus

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer den während meines Krankenhausaufenthalts durch MEDICPROOF nach Aktenlage zugeordneten Pflegegrad dem Sozialdienst bzw. einer vergleichbaren Stelle im Krankenhaus zur Durchführung des Krankenhaus-Entlassmanagements, z. B. zur Organisation der Überleitung in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege, übermittelt und entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

## Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn Sie begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von MEDICPROOF mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, zur Erstellung der pflegefachlichen Stellungnahme oder zur Feststellung der Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen beauftragt wurde, haben, können Sie verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehnen Sie eine Begutachtung ganz ab, kann Ihr Antrag auf Pflegeleistungen regelmäßig nicht bearbeitet werden.

## Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Dies sind beispielsweise eine Änderung des Hilfebedarfs oder der Pflegesituation, wie etwa Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung, ein Wechsel der Pflegeperson oder des Umfangs der Pflegetätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung in das Ausland. Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.

**Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit**

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

---

Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person

---

Ort, Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

---

Ort, Datum, Unterschrift der mit einer Vorsorgevollmacht versehenen Person  
(Bitte übersenden Sie uns eine Kopie der entsprechenden aktuellen Vollmacht,  
falls noch nicht geschehen.)

\*MB/PPV = Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung Teil I Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß dem zuletzt ausgestellten Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein.

# PFLEGEPROTOKOLL

## Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 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 Ihrer Selbständigkeit machen. Die Angaben zu Ihren Pflegepersonen 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.

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

### 1 Angaben zur pflegebedürftigen Person:

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Versicherung/Versicherungsnummer

### 2 Welche körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden oder Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund? (Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen)

Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---

---

---

---

---

---

**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?**  
 Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach zusätzlich benötigt?**  
 (z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter, Brille, Hörgerät etc.)  
 Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---

---

---

---

---

---

---

---

**3 Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen Ihrer Selbständigkeit oder Fähigkeiten ein?**  
 Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbständigkeit 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** Ihre Selbständigkeit und Ihre Fähigkeiten einschätzen.

<input checked="" type="checkbox"/> Fortbewegen	<input type="checkbox"/> selbständig (ggf. mit Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input checked="" type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input checked="" type="checkbox"/> Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig
<input checked="" type="checkbox"/> Lagerungsbedarf	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input checked="" type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig
		<b>Versorgung mit:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> ständig
		<b>Versorgung mit:</b>	



	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung 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 mittelgradig 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"/>

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/ Aufbau oder Erhalt von Sozialkontakten/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf? \_\_\_\_\_

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?  ja  nein

(z.B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

Wenn ja, warum und wie oft?

---

---

---

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?  ja  nein

(z.B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

**4** Erfolgen medizinische Versorgungen oder Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses? (z.B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung)

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

**Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bereit.**

Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente angeordnet sind (z B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).

1	2
3	4
5	6
7	8

Werden Sie bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung von jemandem unterstützt?  ja  nein

**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.

Pflegeeinrichtung	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro <u>Woche</u>
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro <u>Woche</u>
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro <u>Woche</u>
Geb.-Dat.:			
Private Pflegeperson / Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro <u>Woche</u>
Geb.-Dat.:			

**Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift