

Zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Wenn Sie einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen wollen oder er sich bereits in Bearbeitung befindet, ist es unbedingt zu empfehlen ein Pflegetagebuch zu führen.

Dieses Tagebuch sollten Sie so lange wie möglich vor Erscheinen des Gutachters beginnen, mindestens jedoch 1 Woche vor dem Termin zum Pflegegutachten (Begutachtungstermin).

Beachten Sie bitte:

Das Pflegetagebuch ist eine gute Möglichkeit und ein plausibles Argument gegenüber dem Gutachter den tatsächlichen Pflegeaufwand über einen längeren Zeitraum darzulegen.

Nutzen Sie diese Möglichkeit!

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name

Vorname

Geb. Datum

Versicherung

ggf. Betreuer/in, Pflegeperson, Bevollmächtigte/r

Name

Vorname

Geburtsdatum

Verhältnis zur Pflegeperson

Welche Pflegehilfsmittel werden voraussichtlich benötigt?

(z. B. Rollator, Toilettenstuhl oder ein Pflegebett)

Diese Angaben sind wichtig damit sie ggf. im Gutachten mit aufgenommen werden können!

Welche Hilfsmittel sind schon in Gebrauch?

Welche Vorerkrankungen und/oder Behinderungen sowie seelische und geistige Erkrankungen liegen vor?

(hier können Sie auch Diagnosen, Krankenhaus Entlassbriefe etc. vorlegen)

Fortbewegen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig
Druckgeschwüre	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit:	
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit	

Einschätzung der Beeinträchtigungen der Fähigkeiten oder der Selbständigkeit.

Danach sind Personen Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) pflegebedürftig, die aufgrund von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs Bereichen, welche gesetzlich definiert sind, der Hilfe anderer bedürfen.

	selbständig	teilweise selbständig personelle Unterstützung notwendig	unselbständig
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 uneingeschränkt	Fähigkeit 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	nicht täglich	täglich
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	selbständig	teilweise selbständig personelle Unterstützung notwendig	unselbständig
Tagesgestaltung/Soziale Kontakte/Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfolgen Arztbesuche oder Therapiemaßnahmen in der Häuslichkeit oder außerhalb des Hauses? (z. B. Krankengymnastik o.ä.)

Geben Sie an welcher Arzt über den aktuellen Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen Person Auskunft geben kann.

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

Welche Medikamente sind angeordnet?

Bitte geben sie alle Medikamente an, egal in welcher Form sie Verordnet wurden, gerne dürfen Sie auch einen Medikamentenplan bereitstellen.

1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

Ist eine personelle Unterstützung bei der Einnahme oder der Anwendung notwendig?

- Ja
 Nein

Erfolgen während der Nacht Hilfeleistungen?

- Ja
 Nein

Wenn Sie mit Ja geantwortet haben, warum und wie oft erfolgen die Hilfeleistungen?

Besteht Unterstützungsbedarf bei Hauswirtschaftlichen Verrichtungen?

(z. B. beim Waschen der Wäsche, beim Einkaufen, kochen oder Reinigung der Wohnräume)

- Ja
 Nein

Von welchem Pflegedienst wird die Pflege regelmäßig erbracht?

Pflegedienst	Adresse/Kontaktdaten	Tage pro Woche	Stunden pro Woche

Von welcher/welchen Pflegeperson/en werden/wird die Pflege regelmäßig erbracht?

Private Pflegeperson oder Angehöriger (mit Geb. Datum)	Adresse/Kontaktdaten	Tage pro Woche	Stunden pro Woche

Private Pflegeperson oder Angehöriger (mit Geb. Datum)	Adresse/Kontaktdaten	Tage pro Woche	Stunden pro Woche

Private Pflegeperson oder Angehöriger (mit Geb. Datum)	Adresse/Kontaktdaten	Tage pro Woche	Stunden pro Woche

Sollte Ihnen der Platz zum Erstellen der vollständigen Angaben nicht ausreichen können Sie gerne ein gesondertes Blatt verwenden und zum Tagebuch hinzufügen.

Erstellt von:

Datum, Ort, Unterschrift