

# Fragebogen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit



Name, Vorname \_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

dieser Fragebogen hilft Ihnen und uns, die Belastungen durch die Begutachtung so gering wie möglich zu halten. Füllen Sie bitte – soweit es Ihnen möglich ist – den Fragebogen aus und geben Sie diesen unserem Gutachter **am Hausbesuchstermin**. Vielen Dank!

• **Wer pflegt Sie? Wie hoch ist der Zeitaufwand der Pflege durch diese Person(en)?**

Name	Vorname	Adresse und Telefonnummer	Geburtsdatum	Zeitaufwand pro Woche

• **Welcher ambulante Pflegedienst versorgt Sie?**  Keiner

Name des Pflegedienstes: \_\_\_\_\_

Anzahl der Pflegeeinsätze: \_\_\_\_\_ x pro Tag \_\_\_\_\_ x pro Woche

• **Welche Ärzte betreuen Sie zur Zeit und wo erfolgt die Behandlung?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name und Telefonnummer	Fachrichtung	Hausbesuche	Praxisbehandlung	Häufigkeit im Monat
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• **Benötigen Sie Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten**

- Medikamente richten  Medikamente richten, Einnahme überwachen  
 Medikamente richten, Einnahme kontrollieren  Medikamente richten und verabreichen

**Bitte halten Sie die aktuelle Medikamentenverordnung bereit!**

• **Wie groß sind Sie?** \_\_\_\_\_ cm **Wieviel wiegen Sie?** \_\_\_\_\_ kg

• **Welche weiteren Behandlungen werden durchgeführt?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Zu Hause	In Praxis	Wie häufig pro Woche		Pflegeperson	Amb. Pflegedienst	Wie häufig pro Woche
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Spritzenbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Blutdruckmessungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Blutzuckermessungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Verbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Bitte wenden!**

# Fragebogen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

- **Welche Hilfsmittel besitzen Sie?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Lagerungsschienen
<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Patientenhilfer	<input type="checkbox"/> Saugende Bettschutzeinlagen
<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl	<input type="checkbox"/> Treppenlift	<input type="checkbox"/> Inkontinenzhosensysteme
<input type="checkbox"/> Steckbecken	<input type="checkbox"/> Drehteller	<input type="checkbox"/> Inkontinenzvorlagen
<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Lagerungskissen	<input type="checkbox"/> Kompressionsoberschenkelstrümpfe
<input type="checkbox"/> Badewannenlift	<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze	<input type="checkbox"/> Kompressionskniestrümpfe
<input type="checkbox"/> Badewannensitz	<input type="checkbox"/> Weichlagerungssystem	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe
<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Blutdruckmessgerät
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Hausnotrufsystem
<input type="checkbox"/> Haltegriff an (z. B. Treppe, Badewanne, etc):		

**Sonstige Hilfsmittel:**

- **Bitte geben Sie uns eine Einschätzung Ihres Hilfebedarfs bei der Pflege?** (wie häufig)

	Pro Tag	Pro Woche		Pro Tag	Pro Woche
Körperwäsche			Nahrung mundgerecht zubereiten		
Duschen/Baden			Nahrung anreichen		
Zahnpflege			Aufstehen/Zubettgehen		
Kämmen/Rasieren			Umlagern		
Wasser lassen			An- und Auskleiden		
Stuhlgang			Gehen/Transfers		
Wechseln von Inkontinenzartikeln			Begleiten außer Haus zu Therapien/zum Arzt		

**Besteht ein Hilfebedarf in der Nacht?**  Nein  Ja, wie häufig?

Pro Tag	Pro Woche

- **Welche Erkrankungen bzw. Behinderungen bestehen bei Ihnen?** (z. B. Schlaganfall oder Tumor)  
**Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?**

Erkrankung/Behinderung/Operation	Bekannt seit
1.	
2.	
3.	
4.	

**Vielen Dank!**