

DMS 03081

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Kundenservice Leistung Spezial



An  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
50594 Köln

Dieses Formular können Sie  
direkt am PC ausfüllen.  
Bitte schicken Sie es uns danach  
ausgedruckt und unterschrieben  
im Original zu. Vielen Dank.

## Pflegeprotokoll und Beschreibung der Wohnumgebung

### Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Mit der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit beauftragt Ihre private Pflegepflichtversicherung eine Gutachterin oder einen Gutachter der MEDICPROOF GmbH, dem medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen.

Die Gutachterin oder der Gutachter ist dabei auf Ihre Mithilfe angewiesen, denn beim Hausbesuch kann nur eine „Momentaufnahme“ erhoben werden.

Mit dem Ausfüllen des vorliegenden Formulars liefern Sie wichtige Hinweise und schaffen so eine wertvolle Grundlage insbesondere zur Ermittlung des Grades Ihrer Selbstständigkeit, aber auch möglicher Renten- und Arbeitslosenversicherungsleistungen.

#### 1a. Angaben zur pflegebedürftigen Person:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	KV Versicherungsnummer

#### 1b. Angaben zur Unterzeichnerin/zum Unterzeichner:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Verhältnis zur pflegebedürftigen Person

DMS F03081



**2. Welche körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen und Behinderungen stehen im Vordergrund? Liegen demenzielle Symptome vor?**

(Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen) Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

- |                  |                          |   |                          |                       |                          |               |
|------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|
| Fortbewegen      | <input type="checkbox"/> | selbstständig<br>(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"/> | 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:   | _____                    |               |

**Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach noch benötigt?**  
(z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Badewannenlifter, Brille, Hörgerät etc.)

### 3. Wie schätzen Sie die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der 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** die Selbständigkeit oder die Fähigkeiten einschätzen.

	selbstständig	teilweise selbstständig, personelle Unterstützung wird benötigt	unselbstständig
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"/>
	selbstständig	teilweise selbstständig, benötigt personelle Unterstützung	unselbstständig
Tagesgestaltung/ Sozialkontakte/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?**  
 (z. B. Einkaufen, Kochen, Spülen, Wohnungsreinigung, Wäsche)

ja       nein

**Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?**

ja       nein

Wenn ja, warum und wie oft?

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

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

**Welche Medikamente sind angeordnet (z.B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben)?**  
 (legen Sie gerne einen Medikamentenplan bereit)

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

**Erfolgt eine personelle Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung?**

ja       nein

Die Pflege wird regelmäßig erbracht von (ggf. Rückseite nutzen):

Pflegedienst	Adresse / Telefon	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Private Pflegeperson/ Angehörige</b>	<b>Adresse / Telefon</b>	<b>Pflegetage pro Woche</b>	<b>Pflegestunden pro Woche</b>
<input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Private Pflegeperson/ Angehörige</b>	<b>Adresse / Telefon</b>	<b>Pflegetage pro Woche</b>	<b>Pflegestunden pro Woche</b>
<input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Private Pflegeperson/ Angehörige</b>	<b>Adresse / Telefon</b>	<b>Pflegetage pro Woche</b>	<b>Pflegestunden pro Woche</b>
<input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Private Pflegeperson/ Angehörige</b>	<b>Adresse / Telefon</b>	<b>Pflegetage pro Woche</b>	<b>Pflegestunden pro Woche</b>
<input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Private Pflegeperson/ Angehörige</b>	<b>Adresse / Telefon</b>	<b>Pflegetage pro Woche</b>	<b>Pflegestunden pro Woche</b>
<input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1. In welcher Art Gebäude wohnen Sie?**

- Einfamilienhaus**      Wie viele Etagen hat das Haus?
- Zweifamilienhaus**      In welcher Etage wohnen Sie?
- Mehrparteienhaus**      In welcher Etage wohnen Sie?
- Gibt es einen Aufzug?       Nein       Ja

**2. Befinden sich zwischen der Straße und dem Gebäudeeingang Stufen?**

- Nein**
- Ja**      Anzahl

**3. Befinden sich zwischen dem Gebäudeeingang und Ihrem Wohnbereich Stufen?**

- Nein**
- Ja**      Anzahl

**4. Gibt es Handläufe (Geländer) zum Festhalten?**

- Nein**
- Ja**       Rechte Seite       Linke Seite

**6. Ihr Wohnbereich verfügt über:**

- Wohnzimmer**
- Schlafzimmer**
- Küche**
- Keller**
- Weitere Zimmer**

**7. Gibt es in Ihrem Wohnbereich einzelne Stufen oder Schwellen (z.B. zur Terrasse oder zum Garten)?**

- Nein**
- Ja** Anzahl

**8. Wie ist Ihr Badezimmer ausgestattet?**

- Dusche** Einstiegshöhe in cm (etwa)
- Liegebadewanne**  Badewanne in Sonderform (z.B. Eckwanne, Sitzwanne, Whirlpool)
- Waschbecken** Höhe in cm (etwa)
- Toilette** Höhe in cm (etwa)
- Sonstiges**

**9. Ist Ihr Badezimmer groß genug, um es mit einem Rollator aufzusuchen?**

- Nein**
- Ja**

**10. Befinden sich im Badezimmer Haltegriffe (z.B. am WC, an der Badewanne, in der Dusche, usw.)?**

- Nein**
- Ja** Ort

**11. Gibt es in Ihrem Wohnbereich noch ein weiteres Badezimmer oder Gäste-WC?**

- Nein**
- Ja** Ausstattung

Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:

Ort und Datum

Unterschrift

DMS F03081