



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

Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Mit der Beurteilung von 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:

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

KV

Versicherungsnummer

1b. Angaben zur Unterzeichnerin/zum Unterzeichner:

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person



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

(Art und Beginn, besondere Ereignisse, Komplikationen, Verhaltensauffälligkeiten)

Fortbewegung selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel) mit personeller Hilfe nicht möglich

Treppensteigen selbstständig mit personeller Hilfe nicht möglich

Bettlägerigkeit nein häufig ständig

Druckgeschwüre nein ja

Harninkontinenz nein ja, Versorgung mit: _____

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

Wann traten erstmalig die angegebenen Einschränkungen auf?

Datum

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 etc.)

Name des Arztes/ Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Medikamente sind angeordnet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben)?

(legen Sie gerne einen Medikamentenplan bereit)

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>
4. <input type="text"/>	5. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>
7. <input type="text"/>	8. <input type="text"/>	9. <input type="text"/>

Erfolgt eine personelle Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung?

ja

nein

Die Pflege wird regelmäßig erbracht von (ggf. weiteres Blatt nutzen oder diese Seite kopieren):

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

Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:

Ort und Datum

Unterschrift