

Fragebogen zum Hilfebedarf – stationäre Pflege

Liebe Leserin, lieber Leser,

für Ihre Bewohnerin/Ihren Bewohner wurde ein höherer Pflegegrad beantragt. Deshalb hat die Pflegekasse den Medizinischen Dienst beauftragt, ein Gutachten zu erstellen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Ihre Angaben sind u. a. eine wichtige Grundlage, um das Gutachten zu erstellen. Neben der Bestimmung des § 18 Abs. 5 SGB XI setzen wir voraus, dass Ihnen die Einwilligung Ihrer Bewohnerin/Ihres Bewohners beziehungsweise der gesetzlich betreuenden oder bevollmächtigten Personen zur Übermittlung der Gesundheitsdaten an den Medizinischen Dienst Sachsen vorliegt.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Medizinischer Dienst Sachsen

Name der/des Versicherten:

Geburtsdatum:

1. Welche Ursachen haben zum Höherstufungsantrag geführt und was genau hat sich seit der letzten Begutachtung verändert? Ungefähr seit wann ist die Änderung eingetreten?

2. War seit der letzten Begutachtung eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erforderlich?
Wenn ja, aus welchen Gründen? Wann und wie lange?

3. Welche Hilfsmittel nutzt die Bewohnerin bzw. der Bewohner?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Gehstock | ☐ Sauerstoffkonzentrator | ☐ Rollstuhl |
| ☐ Unterarmgehstützen | ☐ Schlafapnoe-Gerät | ☐ Stomaartikel |
| ☐ Rollator | ☐ Inkontinenzmaterial | ☐ Toilettensitzerhöhung |
| ☐ Hörgerät | ☐ Orthese/Prothese: | ☐ Toilettensstuhl |
| ☐ Brille | | ☐ Urinflasche |
| | | ☐ Zahnprothese |

☐ weitere Hilfsmittel:

4. Fragen zur Bewegung / Allgemeinbefinden der Bewohnerin / des Bewohners:

Körpergröße: cm Körpergewicht: kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen? kg in Wochen

Können Knöpfe/Verschlüsse noch geöffnet / geschlossen werden?	☐ ja	☐ eingeschränkt	☐ nein
Erreichen die Hände ...			
die Ohren?	☐ ja	☐ eingeschränkt	☐ nein
den Hinterkopfbereich?	☐ ja	☐ eingeschränkt	☐ nein
den hinteren Gesäßbereich?	☐ ja	☐ eingeschränkt	☐ nein
im Sitzen die Unterschenkel?	☐ ja	☐ eingeschränkt	☐ nein
im Sitzen die Füße?	☐ ja	☐ eingeschränkt	☐ nein
im Sitzen den Boden?	☐ ja	☐ eingeschränkt	☐ nein
Ist das Aufrichten vom Liegen in den Sitz möglich (ggf. auch mit Hilfsmittel)?	☐ ja	☐ eingeschränkt	☐ nein
Ist das Drehen im Bett selbständig möglich?	☐ ja	☐ eingeschränkt	☐ nein
Ist Stehen möglich?	☐ ohne Hilfe	☐ mit Hilfsmittel / Halt am Möbel	☐ mit einer Pflegeperson
Ist Gehen möglich?	☐ ohne Hilfe	☐ mit Hilfsmittel / Halt am Möbel	☐ mit einer Pflegeperson
Ist Treppensteigen möglich?	☐ ohne Hilfe	☐ mit Hilfsmittel / Geländer	☐ mit einer Pflegeperson

Liegen Einschränkungen des Allgemeinbefindens vor? Wenn ja, durch ...

☐ Ödeme ☐ Luftnot bei ☐ erheblicher Belastung ☐ geringer Belastung

Erfolgt eine Sauerstoffversorgung? Wenn ja, ... ☐ bei Bedarf ☐ stundenweise ☐ ständig

Besteht eine unkontrollierte Harnausscheidung? ☐ ja ☐ nein

Besteht eine unkontrollierte Stuhlausscheidung? ☐ ja ☐ nein

Gibt es weitere Anmerkungen zur Blasen- und Darmentleerung (Dauerkatheter / Urostoma / Anus praeter etc.)?

Wird nachts personelle Hilfe benötigt (Kontrollgänge zählen nicht dazu)? Wenn ja, wie oft?

mal für: ☐ Toilettengang ☐ Lagewechsel ☐ Wechsel Inkontinenzmaterial
☐ Sonstiges:

5. Fragen zum geistigen Leistungsvermögen / zur Psyche der Bewohnerin / des Bewohners:

Wird Hilfe benötigt, ...

um bekannte Personen / Angehörige zu erkennen?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
um sich zeitlich zu orientieren (z. B. Wochentag, Monat, Jahr, Tageszeit)?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
um sich auf dem Wohnbereich zu orientieren?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
um sich außerhalb des Pflegeheimes zu orientieren?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
Kann die Bewohnerin / der Bewohner ...			
sich an kürzlich zurückliegende Ereignisse erinnern?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
sich an wichtige Ereignisse aus dem Leben (z.B. berufliche Ereignisse) erinnern?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
die richtige Reihenfolge beim Waschen / Kleiden einhalten?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
Gefahren im Wohnbereich erkennen (z. B. Schwellen)?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein
einfache Aufforderungen umsetzen (z.B. „Gehen Sie an den Tisch zum Essen!“)?	☐ ja	☐ teilweise	☐ nein

Bestehen Schwierigkeiten beim ...

- | | | |
|-----------|-------------------------------|--|
| Sehen? | ☐ nein | ☐ ja, folgende: |
| Hören? | ☐ nein | ☐ ja, folgende: |
| Sprechen? | ☐ nein | ☐ ja, folgende: |

Bestehen schwere psychische Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten?

(z. B. Umtriebigkeit, aggressives oder abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste / Panikattacken, Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage)

- ☐ nein ☐ Wenn ja, bitte geben Sie Probleme, Häufigkeit und resultierenden Hilfebedarf an:

Kann die Bewohnerin / der Bewohner ...

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| sich tagsüber beschäftigen (z. B. TV sehen, Radio hören)? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| sich alleine ein Treffen mit einer Freundin / einem Freund planen? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| eigenständig telefonieren? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| eigenständig Kontakte pflegen? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |

6. Fragen zur medikamentösen Versorgung / ärztlichen Behandlung / zu Therapien

Erfolgen Arztbesuche in der Pflegeeinrichtung (Hausbesuche)?

- ☐ Hausarzt → mal monatlich
☐ Facharzt → mal monatlich, Fachrichtung:

Erfolgen Arztbesuche dauerhaft außerhalb der Pflegeeinrichtung (z. B. auch Dialyse, Chemotherapie)?

Wenn ja, welche / wie oft?

Erhält die Bewohnerin / der Bewohner orale Medikamente (Tabletten / Tropfen)?

- ☐ nein ☐ ja, Häufigkeit: mal täglich ☐ selbständig ☐ mit Hilfe

Gibt es weitere Medikamente (Augentropfen / Schmerzpfaster / Atemsprays)? Wenn ja, folgende:

täglich/wöchtl. ☐ selbständig ☐ mit Hilfe

Erhält die Bewohnerin / der Bewohner Insulininjektionen?

- ☐ nein ☐ ja, Häufigkeit: mal täglich ☐ selbständig ☐ mit Hilfe

Werden die Insulineinheiten nach Blutzucker-Messungen angepasst?

- ☐ nein ☐ ja, Häufigkeit: mal täglich

Erfolgen ununterbrochen (über 6 Monate) ärztlich verordnete Therapien außerhalb der Pflegeeinrichtung?

- | | | | | |
|-------------------------------|---------------|---|----------------------|-------------|
| ☐ nein | Ja, folgende: | ☐ Krankengymnastik / Physioth. | <input type="text"/> | mal wöchtl. |
| | | ☐ Ergotherapie | <input type="text"/> | mal wöchtl. |
| | | ☐ Logopädie | <input type="text"/> | mal wöchtl. |

Liegen chronische Wunden vor?

- ☐ nein ☐ ja, Lokalisation & Art:
- ☐ Wundverband erforderlich mal täglich / wöchentlich

Gibt es weitere ärztlich angeordnete behandlungspflegerische Maßnahmen, die der personellen Unterstützung bedürfen (z.B. dauerhafte Einreibungen mit Dermatika, Portversorgung etc.)? Wenn ja, welche und wie häufig:?

7. Gibt es noch weitere für die Begutachtung relevante Informationen?

Bitte nennen Sie uns eine Ansprechperson, falls wir Rückfragen zum Fragebogen haben:

--	--

Name, Vorname

Telefonnummer

Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

--

Name, Vorname

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

- ☐ **Die Bewohnerin bzw. der Bewohner ist mit der Übermittlung der Daten zum Zwecke der Pflegebegutachtung an den Medizinischen Dienst Sachsen einverstanden.**

Diese Erklärung kann die Bewohnerin bzw. der Bewohner jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

- ☐ **Ich versichere, dass die Angaben wahr sind und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht worden sind.**

--	--

Ort, Datum

Unterschrift der Pflegeeinrichtung

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Wir beantworten gern Ihre Fragen und nehmen Anregungen telefonisch auf unter 0351-80005-5000 oder per Email unter pflgebegutachtung@md-sachsen.de.

Ihr Medizinischer Dienst Sachsen