

Fragebogen zum Hilfebedarf - stationäre Pflege

Liebe Leserin, lieber Leser,

für Ihre Bewohnerin oder 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 Ihres Bewohners oder Ihrer Bewohnerin beziehungsweise der Betreuer oder gesetzlich Bevollmächtigten 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?**

- | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Urinflasche |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte |
| <input type="checkbox"/> Orthesen/ Prothesen: | | <input type="checkbox"/> Stoma Artikel (Tracheo-/ Urostoma) |
| <input type="checkbox"/> Schlafapnoe-Gerät | | |

Weitere Hilfsmittel: _____

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

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen? _____ kg seit _____ 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 Füße? ja eingeschränkt nein
im Sitzen die Unterschenkel? ja eingeschränkt nein
im Sitzen den Boden? ja eingeschränkt nein
Ist das Aufrichten vom Liegen in den Sitz möglich (auch mit HiMi)? ja eingeschränkt nein
Ist das Drehen im Bett selbständig möglich? ja eingeschränkt nein

Ist Treppensteigen möglich?

- ohne Hilfe mit Hilfsmittel / Halt am Geländer mit einer Pflegeperson nein

Ist Stehen möglich?

- ohne Hilfe mit Hilfsmittel / Halt am Möbel mit einer Pflegeperson nein

Ist Gehen möglich?

- ohne Hilfe mit Hilfsmittel / Halt am Möbel mit einer Pflegeperson nein

Das Allgemeinbefinden ist eingeschränkt durch:

- Ödeme Luftnot bei: erheblicher Belastung geringer Belastung

Sauerstoffversorgung: stundenweise ständig nein

Besteht eine unkontrollierte Harnausscheidung? ja teilweise nein

Besteht eine unkontrollierte Stuhlausscheidung? ja teilweise nein

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

Wird nachts personelle Hilfe benötigt (Kontrollgänge zählen nicht dazu)?

- ja, wie oft? _____ für: Lagerungswechsel Toilettengang Wechsel Inkontinenzmaterial
 sonstiges
-

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

Benötigt der/die Bewohner/in Hilfe,

- 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 der Bewohner/ die Bewohnerin:

- 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 (Stolperschwellen)? ja teilweise nein
einfache Aufforderungen umsetzen (z.B. Gehen Sie an den Tisch zum Essen!)? ja teilweise nein

Bestehen Schwierigkeiten beim...? Bitte kurze Beschreibung:

Sprechen: ja, welche _____ nein
 Hören: ja, welche _____ nein
 Sehen: ja, welche _____ nein

Bestehen schwere psychische Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten? (z. B. Umtriebigkeit, aggressives oder abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste oder Panikattacken, Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage)

nein ja

Wenn ja, welche und wie häufig? Bitte beschreiben Sie die Probleme und den Hilfebedarf, der sich daraus ergibt. _____

Kann sich der/die Bewohner/in tagsüber beschäftigen

(z. B. TV sehen, Radio hören)?

ja teilweise nein

alleine ein Treffen mit einer Freundin/Freund planen?

ja teilweise nein

ohne Hilfe telefonieren?

ja teilweise nein

ohne Hilfe Kontakte pflegen?

ja teilweise nein

6. Fragen zur medikamentösen Versorgung / ärztlichen Behandlung / zu Therapien (oder Therapie)

Erfolgen Arztbesuche (z.B. auch Dialyse, Chemotherapie) dauerhaft **außerhalb** der Pflegeeinrichtung?
 wenn ja, welche / wie oft: _____

Welche Arztbesuche erfolgen **in der** Pflegeeinrichtung?

Hausarzt _____ mal monatlich Facharzt _____ mal monatlich - Fachrichtung: _____

Erhält der/die Bewohner/in ununterbrochen (über 6 Monate) ärztlich verordnete Therapien **außerhalb** der Pflegeeinrichtung?

Krankengymnastik ___ mal wöchentlich Ergotherapie ___ mal wöchentlich Logopädie ___ mal wöchentlich

Erhält der/die Bewohner/in Medikamente (Tabletten/Tropfen)? ja ___ mal täglich selbständig mit Hilfe

Gibt es weitere Medikationen (Augentropfen/ Schmerzpflaster/Asthasprays)?

ja und zwar: _____ mal täglich/ wöchentlich selbständig mit Hilfe

Erhält der/die Bewohner/in Insulininjektionen?

ja ___ mal täglich selbständig mit Hilfe

Werden die Insulineinheiten nach BZ-Messung angepasst?

ja ___ mal täglich nein

Liegen chronische Wunden vor?

ja, _____ mal täglich Wundverband erforderlich.

_____ mal wöchentlich Wundverband erforderlich.

Lokalisation(en) und Art der Wunde/n (z.B. Dekubitus/ Gangrän):

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

Ausfüllhilfe für den Fragebogen zum Hilfebedarf

Für einen/e Bewohner/in wurde ein höherer Pflegegrad beantragt. Der Medizinische Dienst Sachsen bittet Sie herzlich, den Fragebogen zum Hilfebedarf auszufüllen und an uns frei zurück zu senden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte lesen Sie sich den Bogen genau durch. Die Nummerierung bezieht sich auf die Gliederung des Fragebogens. Beantworten Sie die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß anhand der Pflegedokumentation. Nutzen Sie bitte auch den Freitext.

Bitte überprüfen Sie zuerst die Daten der antragsstellenden Person (Name, Vorname, Geburtsdatum des/der Versicherten).

1. Bitte benennen Sie kurz die körperlichen und/oder geistigen Veränderungen, welche zum Höherstufungsantrag geführt haben. Wichtig ist dabei die Pflegediagnosen zu benennen.
2. Befand sich die/der zu Begutachtende in letzter Zeit im Krankenhaus/Rehabilitation und warum? Bitte entnehmen Sie die Daten aus dem Ihnen vorliegenden aktuellen Krankenhaus/Rehabilitationsbericht.
3. Bitte kreuzen Sie – die von der versicherten Person genutzten – Hilfsmittel an.
4. Unter diesem Punkt bitten wir Sie Angaben zu den Bereichen der Mobilität, dem Allgemeinbefinden sowie der nächtlichen Versorgung aufzuführen. Bitte beachten Sie dabei auch die Angaben in den Klammern.
5. In diesem Bereich sind u.a. Fähigkeiten zum geistigen und sprachlichen Leistungsvermögen anzugeben. Wenn vorliegend, kreuzen Sie bitte die Beeinträchtigung in der entsprechenden Ausprägung an. Bestehen psychische Auffälligkeiten, führen Sie diese bitte an – hierbei ist es wichtig, die konkrete Unterstützung durch das Pflegepersonal zu beschreiben (z.B. beruhigende Gespräche führen etc.).
6. Bitte geben Sie bei den Angaben zu den regelmäßig ärztlich verordneten Maßnahmen die genauen Häufigkeiten an. Prophylaktische Maßnahmen (z.B. befeuchten der Augen mit Augentropfen) oder routinemäßige Kontrollen (RR- und BZ-Messungen oder Gewichtskontrollen, welche keine notwendigen Maßnahmen erfordern) bitte hier nicht auführen.
7. Bitte beschreiben Sie hier Besonderheiten, die bisher nicht genannt werden konnten. Für ergänzende Nachfragen durch uns, geben Sie bitte einen Ansprechpartner an. Bitte füllen Sie den Fragebogen zum Hilfebedarf auch aus, sollte die antragstellende Person inzwischen verstorben sein. Bitte teilen Sie uns dann ebenfalls das Sterbedatum mit.

Vielen Dank, dass Sie uns unterstützen!