

**Ärztlicher Fragebogen (zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI)**

**Pflegebedarf**

Name der pflegebedürftigen Person .....

Pflegegrad:  1  2  3  4  5 .....

Diagnose / Grunderkrankungen .....

Datum / Diagnose des letzten Krankenhausaufenthaltes .....

aufgrund der genannten Diagnose liegt eine

- |                                            |                                                   |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vorübergehende    | <input type="checkbox"/> geistige                 |
| <input type="checkbox"/> nicht wesentliche | <input type="checkbox"/> seelische                |
| <input type="checkbox"/> andauernde        | <input type="checkbox"/> körperliche Störung vor. |

**Spezifische Diagnosen**

- |                                    |                                                |
|------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Decubitus | <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung       |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Suizidgefährdung      |

**Hygiene**

Baden / Duschen  ohne Hilfe  mit Hilfe  vollständige Übernahme nötig

Waschen  ohne Hilfe  mit Hilfe  vollständige Übernahme nötig

Mundpflege  ohne Hilfe  mit Hilfe  vollständige Übernahme nötig

**Ausscheidungen**

Urin  unter Kontrolle  teilw. unter Kontrolle  regelmäßig ohne Kontrolle

Stuhlgang  unter Kontrolle  teilw. unter Kontrolle  regelmäßig ohne Kontrolle

Dauerkatheter  Anus-Praeter-Versorgung

**Mobilität / Motorik**

- Gehen  selbständig  mit Hilfe / Aufsicht  nicht möglich
- Aufstehen  selbständig  mit Hilfe / Aufsicht  nicht möglich
- An- / Auskleiden  selbständig  mit Hilfe / Aufsicht  nicht möglich
- Toilettengang  selbständig  mit Hilfe / Aufsicht  nicht möglich
- Bettlägerigkeit  Ja  nein Rollstuhlgebrauch  Ja  nein
- Lagerung  Ja  nein Gehhilfe Stock  Ja  nein
- Gehhilfe Rollator  Ja  nein

**Nahrung / Medikamente**

- Essen  ohne Hilfe  mit Hilfe  völlig auf Hilfe angewiesen
- Trinken  ohne Hilfe  mit Hilfe  völlig auf Hilfe angewiesen
- Medikamenteneinnahme  ohne Hilfe  mit Hilfe  völlig auf Hilfe angewiesen
- Sonderkost erforderlich  Art der Sonderkost:.....
- Diätkost erforderlich  Art der Diät: .....

**Verfassung**

- zeitlich desorientiert  nein  teilweise  ja
- örtlich desorientiert / situativ desorientiert  nein  teilweise  ja
- zur Person desorientiert  nein  teilweise  ja
- Tag- / Nachtumkehr  nein  teilweise  ja
- Weglauftendenzen  nein  teilweise  ja

**Kommunikation**

- Hörfähigkeit  normal  etwas eingeschränkt  stark eingeschränkt
- Sehfähigkeit  normal  etwas eingeschränkt  stark eingeschränkt
- Sprachfähigkeit  normal  etwas eingeschränkt  stark eingeschränkt

**Hilfsmittel / Prothesen**

Brille  ja  nein

Hörgerät  rechts  links

Herzschritmacher  ja  nein

Armprothese  rechts  links

Beinprothese  rechts  links

Zahnprothese  oben  unten

geplante weitere Pflege:  Tagespflege  Kurzzeitpflege  Vollstationäre Pflege

Die Pflege ist erforderlich, da nach Auskunft des Patienten / der Angehörigen folgender Sachverhalt vorliegt:

- Keine Pflegeperson vorhanden
- abzusehende bzw. eingetretene Überforderung der Pflegeperson
- abzusehende bzw. eingetretene Verwahrlosung des/der Pflegebedürftigen
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des/der Pflegebedürftigen

Ort, Datum, Unterschrift & Stempel des behandelnden Arztes

.....

**Einverständniserklärung / Kenntnisnahme:**

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Aus Datenschutzgründen sind wir verpflichtet, Ihnen mitzuteilen, dass die Erhebung der personenbezogenen Daten auf § 28 SGB XI beruht. Damit wir unseren Auftrag erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Versicherten (Pflegebedürftigen) oder seines Bevollmächtigten

.....

.....