

Wir bitten Sie höflichst, diesen Fragebogen zum Begutachtungstermin ausgefüllt bereitzuhalten. Wir hoffen damit, die Beeinträchtigung Ihres Arbeitsalltages durch unsere Begutachtung so gering wie möglich zu halten.													
Name, Vorname: _____ , Geb.-Datum: _____													
Name und Adresse des Pflegeheimes: 													
Pflegekasse:													
Hausarzt / Fachärzte: ----- ----- -----	Pflegebegründende Diagnosen: ----- ----- Hilfsmittel: ----- ----- -----												
Praxisbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begleitung erforderlich: <input type="checkbox"/> ja, wie häufig?	Derzeit verordnet sind <table border="0"> <tr> <td></td> <td>ja</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Krankengymnastik</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ergotherapie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Logopädie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	nein	Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein										
Krankengymnastik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													
Derzeitiger Pflegegrad <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V													
Heimaufnahme am: _____	Größe: _____ Gewicht: : _____												
Medikamente und Dosierung: ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- -----												
Individuelle Besonderheiten: ----- ----- -----	----- ----- -----												

Formular wurde ausgefüllt von: _____

Name/Datum/Unterschrift: _____

Fragebogen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Name, Vorname: _____ , _____

Geburtsdatum: _____

Pflegeeinrichtung: _____

Derzeit benötigter Hilfebedarf:

Mobilität	Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!			
	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition				
Umsetzen (Transfers)				
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)				
Treppensteigen				
Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen vorderer Oberkörpers				
Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)				
Waschen des Intimbereichs				
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)				
An- und Auskleiden des Oberkörpers				
An- und Auskleiden des Unterkörpers				
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung und Eingießen von Getränke				
Trinken				
Essen				
Ernährung parenteral/ PEG/PEJ				
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)				
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma				
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma				

Name, Vorname: _____ ,

Geburtsdatum: _____

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)				
Verstehen von Sachverhalten und Informationen				
Erinnern an wesentliche Ereignisse				
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen				
Erkennen von Risiken und Gefahren				
Beteiligen an einem Gespräch				
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)				
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)				
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, sofern ein personeller Hilfebedarf besteht.	nie oder selten	selten (1-3x innerhalb von 2 Wochen)	häufig (2x-mehrmals wöchentlich, nicht tgl.)	täglich
Nächtliche Unruhe				
Selbstschädigendes Verhalten				
Beschädigen von Gegenständen				
Aggressives Verhalten				
Abwehr pflegerischer Maßnahmen				
Wahnvorstellungen				
Ängste				
Antriebslosigkeit				
Behandlungspflege	Entfällt/ selbständig	Pro Tag	Pro Woche	Pro Monat
Medikation				
Injektion				
Verbandswechsel / Wundversorgung				
Kompressionsstrümpfe				
Absaugen				