

PFLEGEPROTOKOLL Name der/ des Versicherten:**PFLEGEPROTOKOLL ZUR VORBEREITUNG DER PFLEGEbegUTACHTUNG****Wohnen Sie mit einer Person in häuslicher Gemeinschaft?** nein ja, mit folgender/n Person/en:

Welche Privatperson(en) steht Ihnen für Hilfestellungen zur Verfügung?

1)Name _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer für ggfs. Rückfragen: _____

An ____ Tagen in der Woche für insgesamt ____ Stunden

2)Name _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer für ggfs. Rückfragen: _____

An ____ Tagen in der Woche für insgesamt ____ Stunden

Ärztliche VersorgungName und Adresse ihres Hausarztes sowie Häufigkeit des Aufsuchens des Hausarztes (bsp. Bei Bedarf oder 2x/Jahr etc):Aktueller Medikamentenplan ja Nein
liegt vor:Arztbericht/Entlassbericht liegt ja Nein
vor:

Ambulante Pflege**Erhalten Sie Unterstützung durch einen Pflegedienst? Wenn ja, seit wann?** nein ja Name und Adresse des Pflegedienstes:

Wie häufig kommt der Pflegedienst zu Ihnen? ____ x täglich **oder** ____ x in der Woche**Was macht der Pflegedienst?***(Bsp. 1x/Woche Duschen, tgl. Medikamente richten etc., siehe hierzu auch Seite 4: „Sie können.....“beachten)*

Hilfsmittel**Welche Hilfsmittel haben Sie in Gebrauch?***(Bitte auch die selbst beschafften Hilfsmittel mit aufführen)*

<input type="checkbox"/> Zahnprothese (n)	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<u>Andere hier nicht aufgeführte Hilfsmittel:</u>
<input type="checkbox"/> Hörgerät(e)	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Pflegebett	
<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kleine Vorlagen	<input type="checkbox"/> Lagerungskissen	
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Windelhosen / Pants	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze	
<input type="checkbox"/> Handstock	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen	<input type="checkbox"/> Wannelifter	
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Wannensitzbrett	
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettsitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	

Wobei Sie Hilfe brauchenBrauchen Sie Hilfe vom Pflegedienst durch Privatpersonen beim Richten der ärztlich verordneten Medikamente und /oder deren Einnahme (wie häufig ? ___x/ tgl.) Verabreichen von ärztlich verordneten Augentropfen (wie häufig ? ___x/ tgl.) Messen des Blutzuckerwertes (wie häufig ? ___x/ tgl.)

und Verabreichen von Insulin (wie häufig? ___x/tgl.)

 An-und Auskleiden von Kompressionsstrümpfen bzw. der Kompressionsstumpfhosen Inhalationen vorbereiten / durchführen (auch Hilfen bei der Nutzung von Dosieraerosolen) **Ärztlich angeordneten** Gewichtskontrollen **oder /und** Vitalzeichenkontrolle (wie häufig? ___x/Monat)**Therapien****Nehmen Sie länger als 6 Monate Therapien in Anspruch?** Krankengymnastik ___x/ Woche HausbesucheAufsuchen der Praxis allein in Begleitung Ergotherapie ___x/ Woche HausbesucheAufsuchen der Praxis allein in Begleitung Logopädie ___x/ Woche HausbesucheAufsuchen der Praxis allein in Begleitung**Wichtigste Erkrankungen****Welche Erkrankungen stehen bei Ihnen im Vordergrund, aufgrund dessen Sie auf die Hilfen angewiesen sind?***(ggfs. Rückseite nutzen)*

Seit wann hat sich eine Verschlechterung eingestellt, aufgrund dessen Sie den Antrag gestellt haben / Was war der Auslöser ?

PFLEGEPROTOKOLL Name der/ des Versicherten:

Wie groß sind Sie ? : _____ cm

Ihr Gewicht: _____ kg

Hilfebedarf**Bemerken Sie, wenn Sie...**

- ...Wasserlassen müssen ja nein nicht immer
 ...Stuhlgangdrang haben ja nein nicht immer

Brauchen Sie im Rahmen dessen Hilfen, wenn ja, welche?*(z.B. Wechsel der Vorlagen, Säubern des Gesäßes, Hilfen beim Aufsuchen der Toilette, Bereitstellen und Entleeren eines Toilettenstuhl, ggfs. Versorgung des Stomas)*Brauchen Sie in der Nacht Hilfe? ja nein Wenn ja, wobei:**Benötigen Sie Hilfe durch Pflegepersonen beim...**

- ...Ausfüllen von Formularen ja nein
 ...Erledigung von Bankgeschäften ja nein
 ...Einkaufen ja nein
 ...Erstellen von Einkaufslisten ja nein
 ...Reinigen der Wohnung ja nein
 ...Wäsche waschen ja nein
 ...Essen kochen ja nein

Sie können...

- ...sich im Bett drehen allein mit Unterstützung nicht möglich /
(muss gelagert werden)
- ...aufstehen / zu-Bett-gehen allein mit Unterstützung nicht möglich
(z.B. Beine rausholen)
- ...auf einem Stuhl/Sessel stabil sitzen allein mit Unterstützung nicht möglich
(Sitzkorrekturen mit Hilfe)
- ...gehen allein mit Unterstützung : nicht möglich
 Nutzung Handstock / Rollator
 Festhalten an Möbelstücken
 Begleitungen notwendig
- ...Ggfs. sich mit Rollstuhl fortbewegen allein mit Unterstützung (schieben) nicht möglich
- ...Treppensteigen allein mit Unterstützung nicht möglich (tragen)
- ...sich Gesicht und Brust waschen allein mit Unterstützung ¹ (+ggf. Anleitung)
- ...sich Rücken, Beine/Füße waschen allein mit Unterstützung ¹ nicht möglich
- ...sich die Zähne/ Prothese putzen allein mit Unterstützung ¹ nicht möglich
- ...sich die Haare kämmen allein mit Unterstützung ¹ nicht möglich
- ...sich rasieren allein mit Unterstützung ¹ nicht möglich
- ...sich duschen allein mit Unterstützung ¹ nicht möglich

¹ * = Bereitlegen der Utensilien durch eine Pflegeperson (z.B. Kamm oder Rasierer anreichen, Zahncreme auf Bürste tun)

PFLEGEPROTOKOLL

Name der/ des Versicherten:

- ...sich ankleiden allein mit Unterstützung nicht möglich
 beim Über-den-Kopf-ziehen der Kleidung
 Knöpfe schließen/öffnen
 beim Ankleiden der Strümpfe
 beim Hochziehen der Hose
- ...Brote streichen/ Getränke einschenken allein mit Unterstützung nicht möglich
- ...Essen und Trinken allein mit Unterstützung nicht möglich
 (verabreichen)

Verhalten**Treten Verhaltensauffälligkeiten auf, bei denen Sie Hilfe brauchen**

(z.B. im Rahmen einer Demenz oder einer bekannten psychiatrischen Erkrankung).

Wenn ja, welche?(z.B. *Schmierer mit Stuhlgang, Horten oder Verstecken von Gegenständen, Wahnvorstellungen, Schreien, Schlagen etc.*)**Planen Kommunikation****Können Sie sich ohne fremde Hilfe...**

- ...tagsüber beschäftigen (z.B. *Radio hören, fernsehen, lesen, etc.*) ja nein
- ...telefonieren (und ggfs. Hilfe anfordern) ja nein
- ...Termine planen und einholen (z.B. *Arztbesuche, Fußpflege etc.*) ja nein

Können Sie...

- ...sich in der eigenen Wohnung / auf dem Wohnbereich zurechtfinden ja nein
- ...sich in ungewohnter Umgebung (z.B. Wohnung der Kinder oder Wege draußen) zurechtfinden ja nein
- ... den aktuellen Wochentag oder Monat benennen ja nein
- ...sich an kurz zurückliegende Ereignisse erinnern (z.B. Frühstück) ja nein
- ...sich an wichtige Ereignisse (z.B. Eheschließung, Geburt, berufliche Ereignisse) erinnern ja nein
- ...die Kinder oder andere nahe Verwandte erkennen / zuordnen ja nein
- ...eine Unterhaltung führen ja nein
- ...Aufforderungen verstehen und umsetzen ja nein
- ...ihre Wünsche und auch Ablehnung äußern ja nein
- Gibt es in den o.g. Punkten tagesformabhängige Schwankungen? ja nein

Raum für weitere Anmerkungen

Wer hat diesen Bogen ausgefüllt: _____

Ort, Datum

Unterschrift