

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:  ----- ----- -----  Praxisbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begleitung erforderlich: <input type="checkbox"/> ja, wie häufig?  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	Pflegebegründende Diagnosen:  ----- -----  Hilfsmittel:  ----- -----  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"><b>Derzeit verordnet sind</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><b>ja</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>nein</b></td> </tr> <tr> <td>Krankengymnastik</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ergotherapie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Logopädie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Derzeit verordnet sind</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Derzeit verordnet sind</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>											
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
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 unselbständig, wird fremdübernommen
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition				
Umsetzen (Transfers)				
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)				
Treppensteigen				
<b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>				
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
<b>Zeitliche Orientierung</b> (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)				
<b>Verstehen von Sachverhalten und Informationen</b>				
<b>Erinnern an wesentliche Ereignisse</b>				
<b>Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen</b>				
<b>Erkennen von Risiken und Gefahren</b>				
<b>Beteiligen an einem Gespräch</b>				
<b>Mitteilen von elementaren Bedürfnissen</b> (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)				
<b>Verstehen von Aufforderungen</b> (kognitiv und/oder Hören)				
<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, sofern ein personeller Hilfebedarf besteht.</b>	nie oder selten	selten (1-3x innerhalb von 2 Wochen)	häufig (2x-mehrmals wöchentlich, nicht tgl.)	täglich
<b>Nächtliche Unruhe</b>				
<b>Selbstschädigendes Verhalten</b>				
<b>Beschädigen von Gegenständen</b>				
<b>Aggressives Verhalten</b>				
<b>Abwehr pflegerischer Maßnahmen</b>				
<b>Wahnvorstellungen</b>				
<b>Ängste</b>				
<b>Antriebslosigkeit</b>				
<b>Behandlungspflege</b>	Entfällt/ selbständig	Pro Tag	Pro Woche	Pro Monat
<b>Medikation</b>				
<b>Injektion</b>				
<b>Verbandswechsel / Wundversorgung</b>				
<b>Kompressionsstrümpfe</b>				
<b>Absaugen</b>				