

zurück an:
Württembergische Krankenversicherung AG
Leistungsservice
70163 Stuttgart

oder per Mail an:
kranken.leistung@wuerttembergische.de

Bei Fragen - Telefon: 0711 662-722118

Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Kranken-/Pflegeversicherung

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird Sie eine Gutachterin oder ein Gutachter* von MEDICPROOF besuchen. MEDICPROOF ist der medizinische Dienst der privaten Krankenversicherungen.

Bitte unterstützen Sie den Ablauf der Begutachtung durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie das Formular als Grundlage für die Fragen des Gutachters sorgfältig aus. So kann sich der Gutachter ein Bild vom Grad Ihrer Selbständigkeit machen. Die Angaben zu Ihren Pflegepersonen sind unter anderem für mögliche Zahlungen von Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen wichtig.

Die Angaben in diesem Fragebogen sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Hinweise dienen aber als wichtige Basis für das Gespräch und werden vom Gutachter mit seinen eigenen Eindrücken und den geltenden Begutachtungsrichtlinien abgeglichen.

*Im Sinne einer sprachlichen Vereinfachung und für einen besseren Lesefluss wird im folgenden Text weitestgehend die maskuline Form verwendet.

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Vorname, Name	Geburtsdatum
Straße	
PLZ und Ort	Telefon

Ansprechpartner (zur Terminabsprache etc.):

Vorname, Name	Telefon
---------------	---------

2. Welche körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen und Behinderungen stehen im Vordergrund?

(Art und Beginn/besondere Ereignisse/Komplikationen/Verhaltensauffälligkeiten)

Beschreiben Sie diese mit eigenen Worten:



Kranken-/Pflegeversicherung

Bestehen Verhaltensauffälligkeiten oder demenzielle Symptome?

(z. B. Unruhezustände, Umtriebigkeit, aggressives/abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste/Panikattacken, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage)

Wenn ja, welche und wie häufig? Seit wann?

Beschreiben Sie diese mit eigenen Worten:

Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach zusätzlich benötigt?

(z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Toilettenstuhl, Badewannenlifter, Brille, Hörgerät etc.)

Beschreiben Sie diese mit eigenen Worten:

3. Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ein?

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Bitte geben Sie an, wie **Sie** Ihre Selbstständigkeit oder Ihre Fähigkeiten einschätzen.

- | | | | |
|-------------------|---|--|--|
| Fortbewegen: | <input type="checkbox"/> Selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel) | <input type="checkbox"/> Mit personeller Hilfe | <input type="checkbox"/> Nicht möglich |
| Treppensteigen: | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> Mit personeller Hilfe | <input type="checkbox"/> Nicht möglich |
| Bettlägerigkeit: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Manchmal | <input type="checkbox"/> Ständig |
| Lagerungsbedarf: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Harninkontinenz: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Manchmal | } Die Versorgung erfolgte mit: |
| Stuhlinkontinenz: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Manchmal | |

Kranken-/Pflegeversicherung

	Selbstständig (Ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbstständig (Personelle Unterstützung wird benötigt)	Unselbstständig (Keine eigene Beteiligung möglich)
Pflege des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit leicht bis mittelgradig eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begreifen/Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Gesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie	Häufig, aber nicht täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)	Täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste/Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahn/Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Selbstständig (Ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbstständig (Personelle Unterstützung wird benötigt)	Unselbstständig (Keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/Aufbau oder Erhalt von Sozialkontakten/Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kranken-/Pflegeversicherung

Wann traten erstmalig Beeinträchtigungen auf?

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

Ja Nein

(z. B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

Wenn ja, warum und wie oft?

Bestand ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?

Ja Nein

(z. B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

4. Erfolgen eine medizinische Versorgung oder andere Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses?

(z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung etc.)

Name des Arztes/Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bereit.

Ansonsten notieren Sie bitte, welche Medikamente angeordnet sind (z B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Pflaster).

Werden Sie bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung von jemandem unterstützt?

Ja Nein

Kranken-/Pflegeversicherung

Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht? (ggf. ein Rückseite verwenden)

Zur **Pflege** gehören z. B. die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen und anderen Wegen, das An-/Auskleiden und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.

Name	Adresse	Pflegtage pro Woche	Pflegestunden pro Monat
Pflegedienst	Telefon-Nr.: _____		
Private Pflegeperson/Angehörige: Geburtsdatum: _____	Telefon-Nr.: _____		
Private Pflegeperson/Angehörige: Geburtsdatum: _____	Telefon-Nr.: _____		
Private Pflegeperson/Angehörige: Geburtsdatum: _____	Telefon-Nr.: _____		
Private Pflegeperson/Angehörige: Geburtsdatum: _____	Telefon-Nr.: _____		
Private Pflegeperson/Angehörige: Geburtsdatum: _____	Telefon-Nr.: _____		

Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

Name	Vorname