

Pflegebedarfsermittlung

Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung ergänzend zum Antrag auf Gewährung von Hilfe bzw. Leistungen

Die Feststellung des pflegerischen Bedarfs ist **zentraler Bestandteil** der bedarfsgerechten individuell passenden Leistungserbringung.

Aus diesem Grunde bitten wir Sie den folgenden Fragebogen vollständig ausgefüllt unter Beifügung der erbetenen Unterlagen an uns zurückzusenden.

1. Persönliche Verhältnisse der hilfesuchenden Person

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Telefonnummer (freiwillige Angabe)		
Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

2. Angaben zu mit der hilfesuchenden Person in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen¹

Leben weitere Personen mit der hilfesuchenden Person im Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (weiter zu 3.)
Name, Vorname dieser Person		
Verwandtschaftsgrad	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Kind
	<input type="checkbox"/> Sonstige:r Verwandte:r:	
Telefonnummer (freiwillige Angabe)		
Hat die genannte Person einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wird diese Person ebenfalls durch den Pflegedienst der hilfesuchenden Person versorgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (weiter zu 3.)
Wie oft ist der Pflegedienst am Tag oder in der Woche bei der genannten Person tätig?	x täglich	x wöchentlich

¹ Sollten weitere Personen als die im Folgenden genannte Person mit der hilfesuchenden Person in Haushaltsgemeinschaft leben, bitten wir um ergänzende Mitteilung der Daten unter 11.



Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung

3. Angaben zur Pflegebedürftigkeit der hilfesuchenden Person

Name der zuständigen Pflegekasse			
Besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse? ²	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Anträge bzw. Bewilligungsbescheide der Pflegekasse beifügen) Unterlagen <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht	<input type="checkbox"/> Nein (bitte Ablehnungsbescheid der Pflegekasse und Bescheinigung über unzureichende Vorversicherungszeiten beifügen) Unterlagen <input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> werden nachgereicht	
	Liegt ein sozialmedizinisches Gutachten zur Pflegebedürftigkeit bereits vor? ³		<input type="checkbox"/> Ja Begutachtung am . 20
Welcher Pflegegrad wurde festgestellt?	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	
	<input type="checkbox"/> Es liegt (noch) keine Feststellung des Pflegegrades vor		
	<input type="checkbox"/> Die Feststellung eines (höheren) Pflegegrades wird/wurde beantragt		

4. Angaben zur Pflegesituation der hilfesuchenden Person

Wie wird die hilfesuchende Person derzeit pflegerisch versorgt? (Mehrfachauswahl möglich)	<input type="checkbox"/> Pflege durch private Pflegeperson/en (z. B. Angehörige oder sonstige nahestehende Personen)
	<input type="checkbox"/> Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst
	<input type="checkbox"/> Pflege in einer betreuten Wohnmöglichkeit (z. B. betreutes Pflegewohnen, betreute Wohngemeinschaft)
	<input type="checkbox"/> Sonstige pflegerische Versorgungsform:

² Ein Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse besteht in der Regel dann, wenn Leistungen im Rahmen eines bestehenden Versicherungsverhältnisses beantragt werden und die erforderlichen Vorversicherungszeiten erfüllt werden (Anspruch auf Leistungen besteht gemäß § 33 SGB XI, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 SGB XI familienversichert war).

³ Der Medizinische Dienst Bayern (MD Bayern) ist der medizinische Dienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung; die MEDICPROOF GmbH ist der medizinische Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen.

Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung

5. Angaben zur privaten Pflegeperson⁴

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort)	
Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeitlicher Umfang der Pflegeleistung	Stunden <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich

Bitte kreuzen Sie an, in welchen Bereichen die hilfeschende Person Unterstützung durch die **private/n Pflegeperson/en** erhält und geben Sie an, welche Maßnahmen/Hilfen erbracht werden.

<input type="checkbox"/>	Körperbezogene Pflegemaßnahmen (z. B. Körperwäsche, Hilfe beim An- und Auskleiden, Mund-, Haut, Haarpflege, Hilfe bei Essen und Trinken, Hilfe bei der Darm- und Blasenentleerung)
Erbrachte Maßnahmen/Hilfen:	

<input type="checkbox"/>	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen (z. B. Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags)
Erbrachte Maßnahmen/Hilfen:	

<input type="checkbox"/>	Hilfen bei der Haushaltsführung (z. B. Betten machen, Wäsche machen, Einkauf, Zubereitung von Mahlzeiten)
Erbrachte Maßnahmen/Hilfen:	

⁴ Sollten weitere private Pflegepersonen als die im Folgenden genannte Person tätig sein, bitten wir um ergänzende Mitteilung der Daten unter 11.

Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung

<input type="checkbox"/>	Sonstige Versorgung/Hilfe (z. B. Medikamentengabe, Blutzuckermessung, Insulingabe, Verbandswechsel)
Erbrachte Maßnahmen/Hilfen:	

6. Angaben zum Pflegedienst

Name des Pflegedienstes	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort)	
Telefonnummer	
Seit wann ist bzw. ab wann wird der Pflegedienst in die Versorgung eingebunden?	. .20

Bitte geben Sie an, wie häufig der **Pflegedienst** am Tag oder in der Woche zur hilfeschenden Person kommt:

<input type="checkbox"/> 1 x täglich	<input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> 2 x täglich	<input type="checkbox"/> 2 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> 3 x täglich	<input type="checkbox"/> 3 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> 4 x täglich	<input type="checkbox"/> 4 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Unterschriebener Kostenvoranschlag des Pflegedienstes (bitte unbedingt vorlegen)	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
---	------------------------------------	--

7. Nutzung des Entlastungsbetrages

Der Entlastungsbetrag der Pflegekasse (derzeit monatlich 131,00 Euro) wird aktuell wie folgt verwendet:
<input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen durch einen ambulanten Pflegedienst (z. B. Körperwäsche, An-/Auskleiden)
<input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung durch einen ambulanten Pflegedienst (z. B. Reinigung der Wohnung, Einkaufen)
<input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen durch einen ambulanten Pflegedienst (z. B. Spaziergehen, Besuch von Verwandten, Kirchengang, Gedächtnistraining, Gesellschaftsspiele)

Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung

<input type="checkbox"/> Nutzung anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

<input type="checkbox"/> Der Entlastungsbetrag wird derzeit <u>nicht</u> genutzt,
<input type="checkbox"/> eine Verwendung des Entlastungsbetrages ist geplant. Verwendung für:
<input type="checkbox"/> eine Verwendung des Entlastungsbetrages ist <u>nicht</u> geplant

8. Angaben zur sonstigen pflegerischen Versorgung

(Kurzbeschreibung der pflegerischen Versorgungssituation, z. B. Versorgungssituation in einer ambulanten Wohnmöglichkeit)		
Unterlagen zur sonstigen pflegerischen Versorgung	<input type="checkbox"/> liegen bei	<input type="checkbox"/> werden nachgereicht

9. Angaben unterstützender Hilfsangebote

Bitte geben Sie an, welche anderen Hilfsangebote derzeit zusätzlich genutzt werden (z. B. Essen auf Rädern, Tagespflege, Seniorengruppen, Betreuungsgruppen usw.).

(Kurzbeschreibung und Nennung der Häufigkeit deren Nutzung)		
Unterlagen zu den genutzten unterstützenden Hilfsangeboten	<input type="checkbox"/> liegen bei	<input type="checkbox"/> werden nachgereicht

Fragebogen zur Pflegebedarfsermittlung

10. Gewünschter Leistungsumfang

Bitte geben Sie an welche Leistungen im Bereich der ambulanten Hilfe zur Pflege seitens des Trägers der Sozialhilfe erbracht werden sollen, z. B. häusliche Pflegehilfe (Übernahme der Kosten eines unterstützenden ambulanten Pflegedienstes) und/oder Pflegegeld (pauschale Geldleistung zur Sicherstellung der Pflege)

--

11. Ergänzende Angaben

An dieser Stelle können ergänzende Informationen mitgeteilt werden:

--

Ort, Datum	Unterschrift