

Fragebogen für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name

Vorname

____ / ____ / ____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

2. Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung bei Ihrer Bewohnerin bzw. Ihrem Bewohner verändert? In welchen Bereichen hat sich die Selbständigkeit verschlechtert? Wurden seit der letzten Begutachtung neue Diagnosen gestellt?

3. Hat in letzter Zeit eine Krankenhausbehandlung stattgefunden? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an!

4. Welche individuellen Hilfsmittel stehen der Bewohnerin bzw. dem Bewohner zur Verfügung und werden genutzt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Urinflasche | |

5. Allgemeine Informationen

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Kann die Bewohnerin/der Bewohner ...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ... Knöpfe schließen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... die Hände in den Nacken legen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... die Hände zum Gesäß führen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... die Hände zu den Füßen führen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Harnkontinenz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Stuhlkontinenz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist nachts personelle Unterstützung erforderlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja,

wobei:

wie häufig?

_____ mal pro Nacht

6. Wird im Bereich der Mobilität die Hilfe einer anderen Person benötigt?

Bitte kreuzen Sie an:

- | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| sich im Bett drehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| aus dem Bett aufstehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| stabil auf einem Stuhl sitzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| sich in der Wohnung fortbewegen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| Treppen steigen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |

7. Wird die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| sich zeitlich zu orientieren (z. B. Wochentag, Datum, Tageszeit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| sich örtlich zu orientieren (z. B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z. B. letzte Mahlzeit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| sich an wichtige Lebensereignisse zu erinnern (z. B. Beruf, Hochzeit) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sachverhalte zu verstehen (z. B. Nachrichten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufforderungen zu verstehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gesprächsinhalte zu verstehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| nahestehende Personen zu erkennen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gefahren zu erkennen (z. B. im Wohnbereich oder Straßenverkehr) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Handlungen in der richtigen Reihenfolge durchzuführen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

8. Bestehen psychische Problemlagen, bei deren Bewältigung regelmäßig Hilfe durch eine andere Person benötigt wird? Dies können zum Beispiel Unruhe, Aggressionen oder Wahnvorstellungen sein.

nein ja

Wenn ja, welche und wie häufig?

9. In welchem Bereich der Selbstversorgung wird die Hilfe einer anderen Person benötigt?

Bitte kreuzen Sie an:

Gesicht waschen, rasieren, kämmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen/Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Speisen zerkleinern/ Flaschen aufdrehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Toilettengang	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Versorgung mit Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett

10. Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet werden, wird die Hilfe von einer anderen Person benötigt?

<input type="checkbox"/> Es wird keinerlei personelle Hilfe benötigt.	
<input type="checkbox"/> Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (verabreichen)	_____ mal täglich
<input type="checkbox"/> Injektionen, z. B. Insulin	_____ mal täglich
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____ mal täglich
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen	_____ mal täglich
<input type="checkbox"/> Verbandswechsel	_____ mal täglich
<input type="checkbox"/> andere:	_____ mal täglich
	_____ mal täglich

Besteht eine Dialysepflicht? nein ja

11. Wird bei den folgenden Punkten die Unterstützung einer anderen Person benötigt?

Bitte kreuzen Sie an:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| sich tagsüber beschäftigen (z. B. Handarbeit, Fernsehen, Radio hören) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| über den Tag hinaus planen (z. B. einen Arzttermin) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

12. Gibt es noch weitere für die Begutachtung relevante Informationen?

13. Bitte nennen Sie uns den behandelnden Hausarzt bzw. die behandelnde Hausärztin!

Name, Vorname

Telefonnummer

14. Bitte nennen Sie uns eine Ansprechperson, falls wir Rückfragen zum Fragebogen haben!

Name, Vorname

Telefonnummer

Die Bewohnerin bzw. der Bewohner (oder deren bevollmächtigte Person) ist mit der Übermittlung der Daten zum Zwecke der Pflegebegutachtung an den Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern einverstanden.

Diese Erklärung kann die Bewohnerin bzw. der Bewohner (oder deren bevollmächtigte Person) jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Ich versichere, dass die Angaben wahr sind und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht worden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Pflegefachkraft

Vielen Dank für Ihre Unterstützung