

**Gothaer**  
**Krankenversicherung AG**  
 Kundenservice Leistung  
 Pflegeversicherung  
 50598 Köln  
 Telefon 0221 308-22093  
 Telefax 0221 308-24444  
 E-Mail kv\_leistung@gothaer.de  
 Internet www.gothaer.de

## Pflegeprotokoll

Datum \_\_\_\_\_

### Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

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:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherung / Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

#### 2 Welche körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden oder Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund?

(Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen)

Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 dies mit eigenen Worten.

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---

---

---

---

---

---

---

---

**3 Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen Ihrer Selbständigkeit oder Fähigkeiten ein?**

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbständigkeit 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 Selbständigkeit und Ihre Fähigkeiten einschätzen.

- Fortbewegen  selbstständig  mit personeller Hilfe  nicht möglich  
(ggf. mit Hilfsmittel)
- Treppensteigen  selbstständig  mit personeller Hilfe  nicht möglich
- Bettlägerigkeit  nein  manchmal  ständig
- Lagerungsbedarf  nein  ja
- Harninkontinenz  nein  manchmal  ständig

Versorgung mit: \_\_\_\_\_

- Stuhlinkontinenz  nein  manchmal  ständig

Versorgung mit: \_\_\_\_\_

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (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"/>

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/Aufbau oder Erhalt von Sozialkontakten/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?  ja  nein  
(z. B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

**4 Erfolgen medizinische Versorgung oder Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses?**  
(z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung)

Name des Arztes/Therapeuten	Maßnahme	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).

- |         |         |
|---------|---------|
| 1 _____ | 2 _____ |
| 3 _____ | 4 _____ |
| 5 _____ | 6 _____ |
| 7 _____ | 8 _____ |

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

**Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht? (ggf. Rückseite nutzen)**

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.

Pflegeeinrichtung	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro <u>Woche</u>
-------------------	---------	----------------------	--------------------------------

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
-------	-------	-------	-------

Private Pflegeperson /Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro <u>Woche</u>
----------------------------------	---------	----------------------	--------------------------------

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
-------	-------	-------	-------

Geburtsdatum

Private Pflegeperson /Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro <u>Woche</u>
----------------------------------	---------	----------------------	--------------------------------

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
-------	-------	-------	-------

Geburtsdatum

Private Pflegeperson /Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro <u>Woche</u>
----------------------------------	---------	----------------------	--------------------------------

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
-------	-------	-------	-------

Geburtsdatum

**Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:**

Name  Vorname

Ort, Datum  Unterschrift