



Fragebogen zur Vorbereitung der Pflegebegutachtung im häuslichen Umfeld
Bitte sorgfältig ausfüllen und zur Begutachtung bereitlegen

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

1. Welche Leistungen wurden beantragt?

Pflegegeld Pflegedienst (Sachleistung) Kombinationsleistungen

2. Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Weitere behandelnde Ärzte: _____

Suchen Sie Ihre Ärzte in der Praxis auf wie oft? _____

Hausbesuche wie oft? _____

3. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (mit Dosierung)?

Beispiel: Tablettenname 3x1Tbl., Tropfenname 3x20 Tropfen

4. Wird bei Ihnen zu Hause oder bei einem Therapeuten eine Heilbehandlung durchgeführt (z. B. Krankengymnastik, Logopädie, Verbände, Einreibungen, etc.)
Bitte die wöchentliche Häufigkeit angeben.

_____ Häufigkeit: _____

_____ Häufigkeit: _____

_____ Häufigkeit: _____



5. Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung (z.B. Brille, Gehhilfen, Zahnprothesen, Vorlagen, Windelhosen, Rollstuhl, Badewannenhilfen, Pflegebett, Toilettenaufsatz, Notrufgerät, etc.)?

Welche Hilfsmittel liegen vor und werden nicht mehr genutzt?

6. Wer führt die Pflege durch (bitte alle an der Pflege beteiligten Personen angeben) und wie viel Stunden pro Woche ca. wenden diese Personen für die Pflege auf?

Pflegeperson A

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Angehöriger: nein ja Verwandtschaftsgrad: _____

Berufstätigkeit: nein ja über 30 Std./Woche
 unter 30 Std./Woche

übernimmt normalerweise folgende Pflegeleistungen: _____

Pflegeaufwand (incl. hauswirtschaftliche Versorgung) pro Woche ca. ____ Stunden



Pflegeperson B

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Angehöriger: nein ja Verwandtschaftsgrad: _____

Berufstätigkeit: nein ja über 30 Std./Woche
 unter 30 Std./Woche

übernimmt normalerweise folgende Pflegeleistungen: _____

Pflegeaufwand (incl. hauswirtschaftliche Versorgung) pro Woche ca. ___ Stunden

Pflegeperson C

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Angehöriger: nein ja Verwandtschaftsgrad: _____

Berufstätigkeit: nein ja über 30 Std./Woche
 unter 30 Std./Woche

übernimmt normalerweise folgende Pflegeleistungen: _____

Pflegeaufwand (incl. hauswirtschaftliche Versorgung) pro Woche ca. ___ Stunden

7. Ist ein Pflegedienst beteiligt?

Ja, welcher _____

nein



Wie oft kommt der Pflegedienst und welche Pflegeleistungen übernimmt er?

8. Welche Krankheiten / Behinderungen / Gebrechen sind bekannt?

9. Bitte machen Sie Angaben zum letzten Krankenhausaufenthalt.

Welches Krankenhaus: _____
Krankenhausaufenthalt von _____ bis _____
Grund der Aufnahme: _____

10. Bitte geben Sie Größe und Gewicht an.

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg