

Vorbereitung Pflegegradeinstufung

Pflegerelevanter Fremdbefund zur Vorlage für den Medizinischen Dienst

Datum

Person mit Pflegebedarf

Vorname / Name

Geboren am

Pflegebegründende Diagnosen

Welche Erkrankungen und Diagnosen (körperlich, geistig, seelisch) machen einen Unterstützungsbedarf erforderlich?

Erkrankung/Diagnose	Beschwerden/ Beeinträchtigungen im Alltag
.....	
.....	
.....	

Tipp: Legen Sie für die Begutachtung Ihre aktuelle **Diagnosenübersicht** bereit.

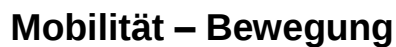
Behandelnder Arzt / Therapeut

Name	Maßnahme / Fachrichtung	Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat
.....			
.....			
.....			

Tipp: Legen Sie für die Begutachtung den **Medikamentenplan** und **Therapieplan** bereit.

Ich nutze folgende Hilfsmittel

- | | |
|--|--|
| ☐ Rollator | ☐ Rollstuhl |
| ☐ Gehstock | ☐ Hausnotruf |
| ☐ Toilettensitzerhöhung | ☐ Toilettensstuhl |
| ☐ Inkontinenzprodukte | ☐ Urinflasche |
| ☐ Badewannenlifter | ☐ Duschstuhl |
| ☐ Pflegebett | ☐ Antidekubitusmatratze |
| ☐ Schlafapnoegerät (CPAP) | ☐ Treppenlift |
| ☐ Sauerstoffgerät | ☐ Brille |
| ☐ Kompressionstrümpfe | ☐ Hörgeräte |



Eigene Beispiele

Können Sie verschiedene Positionen im Bett einnehmen?

Können Sie sich im Bett Zur-Seite-Drehen und Aufrichten?

Können Sie auf dem Bett, Stuhl oder Sessel stabil sitzen?

Können Sie ohne Rücken- oder Seitenlehne stabil sitzen?

Können Sie von einer Sitzfläche (Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette, Rollstuhl, ...) aufstehen und sich auf eine andere Sitzfläche umsetzen?

Können Sie sich innerhalb der Wohnung sicher bewegen?

Sind Sie in der Lage eine Gehstrecke von mindestens acht

Metern zu laufen?

Sind Sie in der Lage eine Treppe zwischen zwei Etagen in aufrechter Position hoch und runter zu laufen?



Kognitive und kommunikative Fähigkeiten – Denken und Sprechen

Beschreibung

Eigene Beispiele

2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren

Umfeld

Erkennen Sie Personen mit denen Sie im Alltag regelmäßig direkten Kontakt haben?

2.2 Örtliche Orientierung

Finden Sie sich in Ihrer Wohnung und in Ihrer näheren außerhäuslichen Umgebung zurecht? Können Sie andere Orte gezielt ansteuern? Wissen Sie, wo Sie sich befinden?

2.3 Zeitliche Orientierung

Kennen Sie zeitliche Strukturen? Wissen Sie welche Uhrzeit, Tageszeit oder Jahreszeit ist? Können Sie die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens benennen?

2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen

Können Sie sich an kurz oder auch länger zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen erinnern?

2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen

Können Sie die üblichen alltäglichen Handlungen, zielgerichtet durchführen (z.B. Kaffeekochen, Tischdecken, Ankleiden)?

2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag

Können Sie folgerichtige und geeignete Entscheidungen im Alltag treffen? Können Sie dem Wetter entsprechende Kleidung wählen?

2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen

Verstehen Sie Sachverhalte und können Sie Informationen inhaltlich einordnen?

2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren

Können Sie Risiken und Gefahren erkennen, wie Stolperfallen, Strom- und Feuerquellen und Hindernisse auf Wegen?

2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen

Können Sie elementare Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerzen und Frieren äußern?

2.10 Verstehen von Aufforderungen

Verstehen Sie Aufforderungen zu alltäglichen Dingen?

2.11 Beteiligen an einem Gespräch

Können Sie in einem Gespräch Gesprächsinhalte aufnehmen, sinngerecht antworten und Inhalte einbringen?



Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Beschreibung	Häufigkeit des Hilfebedarfs - eigene Beispiele
3.1 Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten z. B. zielloses Umhergehen, Versuch desorientierter Menschen, ohne Begleitung außer Haus zu gehen, ständiges Aufstehen und Hinsetzen	
3.2 Nächtliche Unruhe z. B. nächtliches Umherirren, nächtliche Unruhephasen, Umkehr Tag-Nacht-Rhythmus	
3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten z. B. Selbstverletzung mit Gegenständen, Zähnen etc., Essen und Trinken ungenießbarer Substanzen	
3.4 Beschädigen von Gegenständen z.B. Wegstoßen, Wegschieben, Schlagen, Zerstören von, Treten nach Gegenständen	
3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen z. B. Schlagen, Treten nach, Stoßen, Wegdrängen, Verletzen mit Gegenständen	
3.6 Verbale Aggression z. B. verbale Beschimpfungen oder Bedrohung anderer Personen	
3.7 Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten z. B. Rufen, Schreien, Klagen, Vor-sich-hin-Schimpfen, Fluchen, ständiges Wiederholen von Sätzen	
3.8 Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen z. B. bei der Pflege, Verweigerung von Nahrungs-/Medikamentenaufnahme	
3.9 Wahnvorstellungen z. B. Vorstellung, mit Verstorbenen, imaginären Personen in Kontakt zu stehen oder verfolgt, bedroht oder bestohlen zu werden	
3.10 Ängste (im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung) z. B. starke Ängste, Sorgen und Angstattacken, welche wiederkehrend sind und als bedrohlich erlebt werden	
3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung) z. B. kaum Interesse, kaum Eigeninitiative, Teilnahmslosigkeit, Motivation ist notwendig	
3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen z. B. distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit, unangemessenes Greifen nach Personen, unangemessene Annäherungsversuche	
3.13 Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen z. B. Nesteln an Kleidung, planlose Aktivitäten, Verstecken/Horten, Kotschmieren, Urinieren	



Selbstversorgung

Beschreibung	Eigene Beispiele
4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers Können Sie sich Ihre Hände, Gesicht, Hals, Arme, Achselhöhlen und vorderen Brustbereich waschen und abtrocknen?	
4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes Können Sie sich Ihre Haare kämmen, Zähne/ Prothese putzen und sich rasieren?	
4.3 Waschen des Intimbereichs Können Sie Ihren Intimbereich waschen und abtrocknen?	
4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare Können Sie sich alleine Duschen oder Baden? Fühlen Sie sich währenddessen sicher? Können Sie alleine aus der Dusche / Badewanne Ein- und Aussteigen? Können Sie Ihre Haare waschen, abtrocknen und föhnen?	
4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers Können Sie bereitliegende Kleidungsstücke An- und Ausziehen z.B. Unterhemd, T-Shirt, Hemd, Bluse, Pullover, Jacke, BH, Schlafanzug	
4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers Können Sie bereitliegende Kleidungsstücke An- und Ausziehen z.B. Unterwäsche, Hose, Rock, Stümpfe und Schuhe.	
2.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken Können Sie Brotscheiben, Fleisch und andere Speisen in mundgerechte Stücke schneiden? Können Sie Verschlüsse von Getränkeflaschen öffnen und Getränke aus einer Flasche/ Kanne eingießen?	
4.8 Essen Können Sie bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen? Dazu gehört das Aufnehmen, zum Mund führen, Abbeißen, Kauen und Schlucken?	
4.9 Trinken Können Sie bereitgestellte Getränke, ggf. mit Hilfsmittel wie Strohhalm oder Trinkaufsatz trinken? Erkennen Sie die Notwendigkeit einer ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme?	
4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls Können Sie zur Toilette laufen, sich hinsetzen und aufstehen? Während der Blasen- und Darmentleerung sitzen, Intimhygiene durchführen und die Kleidung richten?	
4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma Können Sie Inkontinenzmaterial und Hilfsmittel richtig verwenden und selbständig wechseln?	
4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma Können Sie Inkontinenzmaterial und Hilfsmittel richtig verwenden und selbständig wechseln?	
4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde Können Sie die Versorgung alleine durchführen? Wie häufig erfolgt eine künstliche Ernährung?	



Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Beschreibung	Häufigkeit am Tag / in der Woche / im Monat
5.1 Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten Orale Medikamente, Augen/Ohrentropfen, Dosieraerosole, Pulverinhalatoren, Zäpfchen, Medikamentenpflaster	
5.2 Hilfe bei der Verabreichung von Injektionen subkutane und intramuskuläre Injektionen und subkutane Infusionen	
5.3 Hilfe bei der Versorgung intravenöser Zugänge (z. B. Port), einschl. Kontrolle zur Vermeidung von Komplikationen wie Verstopfung des Katheters	
5.4 Hilfe bei Absaugen und Sauerstoffgabe durchschnittliche Häufigkeit Absaugen, An-/ Ablegen Sauerstoffbrille, Atemmaske, bereitstellen Inhalationsgerät	
5.5 Hilfe bei Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen Einreibungen mit ärztlich verordneten Salben, Cremes, Emulsionen etc.)	
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen Wie Blutdruck, Puls, Blutzucker, Temperatur, Gewicht, Flüssigkeitshaushalt auf ärztlicher Anordnung	
5.7 Hilfe bei Körpernahen Hilfsmitteln An- und Ablegen von Prothesen, Zahnspange, Orthesen, Brille, Hörgerät, Kompressionsstrümpfen etc. - inkl. Reinigung	
5.8 Hilfe bei Verbandswechsel/Wundversorgung Versorgung chronischer Wunden wie z. B. Ulcus cruris oder Dekubitus	
5.9 Hilfe bei der Versorgung Stoma Pflege künstlicher Körperöffnungen wie Tracheostoma, PEG, suprapubischer Blasenkatheter	
5.10 Hilfe bei der regelmäßigen Einmal-katheterisierung / Nutzung von Abführmethoden Klistier, Einlauf, digitale Enddarmausräumung	
5.11 Hilfe bei Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung Krankengymnastische Übungen, Atemübungen, logopädische. Übungen, Durchführung spez. Therapien	
5.12 Hilfe bei Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung Spezielle Therapiemaßnahmen wie Hämodialyse oder Beatmung bei ständiger Überwachung	
5.13 Arztbesuche Regelmäßige Besuche bei niedergelassenen Ärzten zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken, für die Begleitung/Unterstützung nötig ist	
5.14 Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden) Aufsuchen von Therapeuten wie Physiotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie	

**5.15 Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer
medizinischer oder therapeutischer
Einrichtungen** (länger als 3 Stunden)

.....

.....

**5.16 Hilfe bei der Einhaltung einer Diät oder
anderer krankheits- oder therapiebedingter
Verhaltensvorschriften**

.....

.....



Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beschreibung

Eigene Beispiele

6.1 Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen

Können Sie Ihren Tagesablauf nach Ihren Gewohnheiten
und Vorlieben einteilen, planen oder anpassen? Können
Sie Alltagsaktivitäten selber planen?

.....

.....

.....

6.2 Ruhen und Schlafen

Können Sie einen Tag-Nacht-Rhythmus nach Ihren
Gewohnheiten und Vorlieben einhalten und für
ausreichend Ruhe- und Schlafphasen sorgen? Brauchen
Sie in der Nacht Hilfe von Ihrer Pflegeperson?

.....

.....

6.3 Sich beschäftigen

Können Sie Ihre freie Zeit nutzen und Ihren gewohnten
Hobbys oder Freizeitaktivitäten nachgehen?

.....

.....

6.4 Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen

Können Sie längere Zeitabschnitte überschauen und über
den Tag hinaus planen? Können Sie gewünschte oder
notwendige Termine planen?

.....

.....

6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Können Sie mit Ihren Angehörigen, Pflegepersonen,
Mitbewohnern oder Besuchern umgehen?
Neben Sie von sich aus Kontakt zu anderen auf?
Reagieren Sie auf Ansprache?

.....

.....

.....

6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Können Sie bestehende Kontakte zu Freunden, Bekannten
und Nachbarn aufrechterhalten, beenden oder zeitweise
ablehnen? Können Sie ein Gespräch führen und mit
Telefon oder E-Mail umgehen?

.....

.....

.....

Sonstige Notizen und Anmerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....