

# Pflegebedarfserhebungsbogen für die Aufnahme in die Kurzzeitpflege

Familienname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Versicherungsnummer: .....

Pflegegeldstufe: ..... Erhöhungsantrag gestellt  ja  nein

Anschrift, Tel.Nr.: .....

Name (und Qualifikation) Betreuungsperson: .....

.....

Anschrift, Tel.Nr.: .....

.....

Hausarzt oder behandelnder Arzt: .....

Anschrift: .....

Tel.Nr.: .....

Begutachtende Person: .....

Tel.Nr.: .....

<b>1 Ernährung</b>		
1	Essen und Trinken selbstständig	
2	Nahrung muss vorgerichtet werden, isst und trinkt selbst	
3	Vorrichten und/oder teilweise Beobachtung der Nahrungsaufnahme	
4	Vorrichten der Nahrung, der Pat. muss zum Essplatz gebracht werden	
5	Nahrung und Getränke müssen teilweise eingegeben werden	
6	Nahrung muss vollständig eingegeben werden od. ständige Beobachtung ist notwendig	
7	künstliche Ernährung oder Überwachung der Ein- und Ausfuhr	

<b>2 Mobilität</b>		
1	selbstständig	
2	selbstständig gehfähig bzw. mobil mit Hilfsmittel	
3	gehfähig mit teilweiser Unterstützung einer Pflegeperson	
4	gehfähig bzw. mobil nur mit Hilfe Dritter	
5	weitgehende Bettlägrigkeit	
6	gehfähig mit Hilfe zweier Pflegepersonen, tägl. Mobilitätstraining	
7	vollständige Bettlägrigkeit und/oder hoher Mobilitätsaufwand, tgl. spezielles Mobilitätstraining	

Name: .....

<b>3 Ausscheidung</b>		
1	selbstständig	
2	muss zeitweise zur Toilette geführt oder daran erinnert werden	
3	muss laufend zur Toilette geführt werden	
4	Fremdhilfe nötig, Flasche oder Schüssel	
5	fallweise harninkontinent	
6	harninkontinent – Inkontinenzpflege	
7	stuhl- und harninkontinent	

<b>4 Körperpflege</b>		
1	selbstständig	
2	selbstständig, fallweise anhalten zur Körperpflege	
3	Hilfestellung beim Baden, Duschen, Nagelpflege, fallweise bei der Körperpflege mithelfen	
4	leichte Hilfe bei der tägl. Körperpflege	
5	braucht tägl. Anregung/Anleitung und Beaufsichtigung zur Körperpflege	
6	intensive Hilfe bei der Körperpflege außer Gesicht und Hände	
7	Körperpflege wird völlig durch Dritte übernommen	

<b>5 An- und Auskleiden</b>		
1	alleine möglich, übernimmt die Versorgung der Wäsche selbst	
2	alleine möglich, Versorgung der Wäsche wird übernommen	
3	alleine möglich, Hilfe bei der Vor- und Nachbereitung der Wäsche nötig	
4	Anleitung für einzelne Verrichtungen ist noch notwendig	
5	Hilfe für max. 3 Verrichtungen (Unterwäsche, Pullover, Strümpfe anziehen, ...)	
6	Hilfe für mehr als 3 Verrichtungen	
7	nur mit Hilfe möglich od. dauernde Anleitung/Beobachtung beim An- und Ausziehen notwendig	

<b>6 Lagerung</b>		
1	nicht notwendig	
2	Verwendung von max. 2 Hilfsmitteln, Lagerung beim zu Bett gehen	
3	Lagerung im Bett zu Mahlzeiten, ruhen und schlafen	
4	Verwendung von mindestens 3 Hilfsmitteln nötig	
5	Lagewechsel nachts, vorgegebene Zeiten	
6	regelmäßiges Umlagern mit Lagerungsmaterial od. Anwenden von spez. Lagerungstechniken	
7	wie Punkt 6 und/oder unter erschwerten Bedingungen, mind. 2 Pflegepersonen	

<b>7 Vorrichten und Einnehmen von Medikamenten</b>		
1	selbstständig	
2	Besorgen der Medikamente, sonst selbstständig	
3	Medikamente werden vorbereitet bzw. Bedarfsmedikamente	
4	Vorbereiten und austeilen der Medikamente	
5	Abgabe und Überwachung der Medikamenteneinnahme	
6	erschwerte Medikamenteneinnahme	
7	erhöhter Zeitaufwand ist erforderlich	

Name: .....

<b>8 Geistig – psychischer Bereich, soziales Verhalten</b>		
1	ausgeglichen, keine Einschränkungen, selbstständige Gestaltung des Alltags	
2	ausgeglichen durch Medikamenteneinnahme, weitgehend selbstständige Tagesgestaltung	
3	Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit – lässt sich aber zu Aktivitäten/gemeinsamen Unternehmungen animieren	
4	einige Zeit anhaltende Veränderungen wie Uneinsichtigkeit, ...	
5	wiederkehrende Veränderungen, Beobachtung und Betreuung erforderlich	
6	auf Grund der psych. Erkrankungen Selbst – oder Fremdgefährdung, Leidensdruck	
7	kontinuierliche Beobachtung und tägl. zeitintensive Betreuung notwendig	

<b>9 Orientierung</b>		
1	voll orientiert	
2	zeitweise desorientiert, findet sich in gewohnter Umgebung zurecht	
3	leichte Orientierungsschwierigkeiten, bedarf der Hilfe anderer Personen	
4	desorientiert meist nur nachts	
5	schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung	
6	dauernd schwer desorientiert	
7	schwer desorientiert mit belastender Auswirkung auf die Umgebung	

<b>10 Wohnsituation / Haushaltsführung</b>		
1	selbstständige Lebensführung möglich	
2	gelegentlich Hilfe bei der Wohnungsversorgung notwendig	
3	wöchentliches Aufräumen ist notwendig	
4	tgl. Aufräumen ist notwendig, geringe Eigenleistung	
5	bauliche Situation schränkt bei den Lebensaktivitäten ein	
6	Gefährdung durch die bauliche Situation	
7	volle Übernahme der Versorgung	

<b>11 Spezielle Pflege (pflegerisch-medizin.-therap. Maßnahmen)</b>		
1	Es ist keine spezielle Behandlungspflege notwendig	
2	nach Vorbereitung und Anleitung führt der Pat. seine Behandlung selbst durch	
3	wie Punkt 2, aber Kontrolle	
4	tgl. Kontrolle und/od. leichte Behandlung erforderlich (RR, BZ, einreiben, Bandagen, ...)	
5	tgl. Unterstützung/Übernahme der Pflege, mehrm. Behandlung erforderl. (VW, Salbenth., Bandagen, ...)	
6	umfangreiche Pflege/Behandlung erforderlich (2-3x VW, Dekubitusbehandlg., regelm. Klysmen/Einläufe, ...)	
7	intensive Pflege erforderl. (z.B. regelm. Absaugen, Kanülen-/Sonderpflege, häufige VW, Vitalzeichenkontrolle, ...)	

<b>12 familiäre Situation / Sozialkontakte</b>		
1	Ansprechpartner vorhanden	
3	intaktes soziales Netz außerhalb der Familie	
5	soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie fehlt	
7	soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie wirkt stark belastet	

Name: .....

<b>Sonstiges</b>			
Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	hochgradig sehbehindert	<input type="checkbox"/>
künstl. Ernährung (Sonde)	<input type="checkbox"/>	blind	<input type="checkbox"/>
Diabetiker(in)	<input type="checkbox"/>	schwerhörig	<input type="checkbox"/>
... insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	taub	<input type="checkbox"/>
Diät <input type="checkbox"/> zuckerfrei	<input type="checkbox"/>	dialysepflichtig	<input type="checkbox"/>
Beinamputation einseitig	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
Beinamputation zweiseitig	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>
Prothese(n)	<input type="checkbox"/>	infektiöse Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Rollstuhlfahrer(in)	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Hemiplegie	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>
Paraplegie	<input type="checkbox"/>	Stoma	<input type="checkbox"/>
andere Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	Adipositas <input type="checkbox"/> Körpergewicht	<input type="checkbox"/>
Sturzgefährdet	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Ulcus	<input type="checkbox"/>
Tracheotomiert	<input type="checkbox"/>		

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift