

**ATTEST ÜBER DEN VERLUST DER EIGENEN FÄHIGKEIT ZUR SELBSTVERSORGUNG
(PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT)
(Anlage 1)**

Arzt: _____

Bitte beachten Sie: Das vorliegende Formular muss deutlich lesbar ausgefüllt beziehungsweise ausgedruckt werden. Alle Antworten auf die einzelnen Fragen müssen ausführlich und präzise sein, insbesondere müssen auch Einzelheiten und Besonderheiten genannt werden.

Vorname / Nachname _____	
Geboren in _____	am _____ Alter (Jahre) _____
Wohnsitz _____	Straße _____
PLZ _____ Wohnort _____	Prov. _____
Telefon _____	E-Mail _____

ANAMNETISCHE FRAGEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	ANTWORTEN DES ARZTES
1. a. Sind Sie der behandelnde Arzt des Mitgliedes? b. Seit wann?	1. a. b.
2. a. Wann war die letzte Untersuchung des Mitgliedes? b. Was war die Ursache?	2. a. b.
3. Besteht ein Verwandtschaftsgrad zwischen Ihnen und dem Mitglied? Wenn ja, welcher?	3.
4. Leidet das Mitglied an einer chronischen Hepatitis?	4.
5. a. Nimmt das Mitglied Drogen zu sich und leidet an einer Drogenabhängigkeit? Werden pharmakologische Substanzen eingenommen? b. Besteht Alkoholsucht oder -abhängigkeit?	5. a. b.
6. Ist das Mitglied HIV-Träger?	6.
7. a. Leidet das Mitglied an Alzheimer? b. Parkinson? c. Parkinsonismus? d. Vaskulärer Demenz?	7. a. b. c. d.

8. a. Leidet das Mitglied an Multipler Sklerose? b. Amyotropher Lateralsklerose?	8. a. b.
9. Leidet das Mitglied an Diabetes Mellitus mit neuropathischen oder angiopathischen Komplikationen?	9.
10. Leidet das Mitglied an arterieller Hypertonie, die nicht therapeutisch behandelt wird?	10.
11. Leidet das Mitglied an arterieller Hypertonie, die medikamentös durch Einnahme von mindestens 3 Antihypertensiva gesteuert wird?	11.
12. a. Wurde das Mitglied jemals stationär in einem Krankenhaus aufgenommen? b. Was war der Anlass und der Grund?	12. a. b.
13. a. Welche chirurgischen Eingriffe wurden an dem Mitglied vorgenommen? b. Was waren die Ursachen? c. Unfälle, die aus klinischer Sicht wichtig sind?	13. a. b. c.
14. Sind Symptome oder funktionelle Defizite vorhanden?	14.
15. a. Hat das Mitglied eine Therapie erhalten, die die Einnahme von Medikamenten forderte? b. Wenn ja, welche Art von Medikamenten?	15. a. b.
16. Ist das Mitglied im Stande, sich vollkommen eigenständig an- und auszuziehen?	16.
17. Benötigt das Mitglied Unterstützung beim An- und Ausziehen nur für den oberen oder nur für den unteren Teil des Körpers?	17.
18. Benötigt das Mitglied Unterstützung beim An- und Ausziehen sowohl für den oberen als auch für den unteren Teil des Körpers?	18.
19. Ist das Mitglied in der Lage, selbstständig und ohne Hilfe Dritter folgende unter nachstehenden Punkten (1), (2) und (3) genannten Aktivitäten auszuführen: (1) das Bad/WC aufsuchen? (2) sich waschen, Zähne putzen, sich kämmen, sich abtrocknen, sich rasieren? (3) die persönliche Hygiene nach einem Toilettengang durchführen?	19. (1) (2) (3)

20. Benötigt das Mitglied Hilfe bei mindestens einem und höchstens zwei der unter Punkt (1), (2) und (3) aufgelisteten Aktivitäten?	20.
21. Benötigt das Mitglied Hilfe bei allen unter Punkt (1), (2) und (3) aufgelisteten Aktivitäten?	21.
22. Ist das Mitglied im Stande, selbstständig vom Stuhl und Bett aufzustehen und sich ohne Hilfe Dritter zu bewegen?	22.
23. Benötigt das Mitglied, um sich fortzubewegen, den Einsatz von technischen Hilfsmitteln wie Rollstuhl oder Krücken? (ist aber im Stande, selbstständig von einem Stuhl oder Bett aufzustehen)	23.
24. Benötigt das Mitglied Unterstützung, um von einem Stuhl oder Bett aufzustehen und um sich fortzubewegen?	24.
25. Besitzt das Mitglied die Fähigkeit, bereits gekochte und zur Verfügung gestellte Nahrung selbstständig zu sich zu nehmen?	25.
26. Das Mitglied benötigt Hilfe für 1 oder mehrere der folgenden Vorbereitungen: <input type="checkbox"/> Bröckeln/ das Essen zerschneiden; <input type="checkbox"/> Obst schälen; <input type="checkbox"/> Einen Behälter/Schachtel öffnen; <input type="checkbox"/> Einschenken von Getränken in Gläser	26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Das Mitglied ist nicht im Stande, selbstständig aus einem Glas zu trinken und von einem Teller zu essen. In diese Kategorie fällt auch die künstliche Ernährung.	27.
28. Lebt das Mitglied alleine?	28.
29. Lebt das Mitglied mit anderen Familienmitgliedern oder Personen zusammen? Nennen Sie bitte die Personen.	29.
30. Wo lebt das Mitglied (Wohnung, Haus etc.)? Nennen Sie bitte das Stockwerk? Gibt es einen Aufzug? Wird dieser vom Mitglied genutzt?	30.
31. Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand des Mitgliedes: gut, hervorragend oder schlecht?	31.

32. Gibt es Anzeichen für bestehende Anomalien innerhalb der kognitiven Fähigkeiten (Denken, Orientierung, Urteilsvermögen, Erinnerung)?

a. Ergebnis aktueller Erinnerungs-Test

b. Ergebnis Mental-Test

32.

a.

b.

In der Anlage der Bericht zu den Ursachen für den Verlust der eigenen Fähigkeit zur Selbstversorgung (Pflegebedürftigkeit).

Ort und Datum _____

BEHANDELNDER ARZT
(Stempel und Unterschrift)

Praxisanschrift

ARZTBERICHT ZU DEN URSACHEN FÜR DEN VERLUST DER EIGENEN FÄHIGKEIT ZUR SELBSTVERSORGUNG (PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT)

(Anlage 2)

Vorname und Name des behandelnden Arztes _____

Vorname und Name des Mitgliedes _____

Bitte beachten Sie – Folgendem Arztbericht ist die vollständige klinische Dokumentation (Krankenhausaufenthalte, fachärztliche Visiten, gerätegestützte Untersuchungen) beizufügen, die zur Feststellung der Erkrankung geführt hat, aus der der Verlust der eigenen Fähigkeit zur Selbstversorgung (Pflegebedürftigkeit) resultiert.

Falls der Verlust der eigenen Fähigkeit zur Selbstversorgung (Pflegebedürftigkeit) durch einen Unfall oder einen anderen nicht vorhersehbaren äußeren Umstand (Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Unfälle außerhalb der Arbeit etc.) entstanden ist, muss zusätzlich eine geeignete Dokumentation erstellt werden, die das Entstehen des Ereignisses bestätigt (Berichte der zuständigen Behörden, Zeitungsberichte, Arzt- sowie Anwaltsberichte etc.).

Sind Sie der Hausarzt des Mitgliedes? _____

Seit wann? _____

Besteht ein Verwandtschaftsgrad zwischen Ihnen und dem Mitglied? Wenn ja, welcher? _____

Seit wann behandeln Sie das Mitglied? Für welche Krankheiten? Welche Behandlungen haben Sie verschrieben?

Haben auch andere Ärzte das Mitglied untersucht und welche Behandlungen wurden von diesen verschrieben?

Welches Ereignis hat zum Verlust der eigenen Fähigkeit zur Selbstversorgung (Pflegebedürftigkeit) geführt? Datum des Ereignisses?

Welche Symptomatik ist am Anfang der Krankheit aufgetreten und wie war deren Verlauf ?

Welche Untersuchungen sind während des Krankheitsverlaufs durchgeführt worden? (nennen Sie die Zeiträume, die fachärztlichen Visiten, die Befunde der gerätegestützten und labordiagnostischen Untersuchungen sowie die Diagnosen, die sich hieraus ergeben haben)

Zeiten der eventuellen Krankenhausaufenthalte (nennen Sie außerdem das Krankenhaus oder Rehabilitationszentrum):

Während dieser Krankenhausaufenthalte, welche Untersuchungen/Proben wurden durchgeführt und mit welchen Ergebnissen?

Welche Diagnosen wurden gestellt? Welche Pathologien wurden festgestellt?

Ort und Datum _____

BEHANDELNDER ARZT
(Stempel und Unterschrift)

Praxisanschrift