



AXA Krankenversicherung AG  
50592 Köln

Absender:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer:

\_\_\_\_\_

## PFLEGEPROTOKOLL - Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Seite 1 von 3

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 der Selbständigkeit machen.

Die Angaben zu Ihren Pflegepersonen sind unter anderem für mögliche Zahlungen von Renten- und Arbeitslosenversicherungsleistungen 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.

### 1. Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Versicherungsnummer:	

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

(Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen / Verhaltensauffälligkeiten) 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.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





Versicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

**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.

Fortbewegung:	<input type="checkbox"/> selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Bettlägerigkeit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> ständig
Druckgeschwüre:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Harninkontinenz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit:	
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Versorgung mit:	



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



Versicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

Wann traten erstmalig die angegebenen Einschränkungen auf?

\_\_\_\_\_

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

(z.B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

ja  nein

\_\_\_\_\_

Wenn ja, warum und wie oft?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?

(z.B. Einkaufen, Kochen, Wohnungsreinigung, Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Behördenangelegenheiten)

ja  nein

\_\_\_\_\_

**4. Erfolgen eine medizinische Versorgung oder andere Therapiemaßnahmen in der häuslichen Umgebung oder außerhalb des Hauses?**

(z.B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung etc.)

Name des Arztes/Therapeuten	Adresse	durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

Welche Medikamente werden angeordnet (z.B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben)?

(legen Sie gerne den Medikamentenplan bereit)



1.	2.	3.
4.	5.	6.
7.	8.	9.

Erfolgt eine personelle Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung?

ja  nein

Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht: (ggf. extra Beiblatt erstellen)

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 Woche
Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geburtsdatum			
Private Pflegeperson/Angehörige	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
Geburtsdatum			

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

Vorname

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_