

## Fragebogen für stationäre Einrichtungen zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

**Liebe Leserin, lieber Leser,**

für Ihre Bewohnerin oder Ihren Bewohner wurde ein Antrag auf Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad gestellt. Deshalb hat die Pflegekasse den Medizinischen Dienst beauftragt, ein Gutachten zu erstellen.

Bitte unterstützen Sie uns dabei. Füllen Sie diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus. Diese Angaben sind eine wichtige Grundlage für die Erstellung des Gutachtens. Neben der Bestimmung des § 18 Abs. 5 SGB XI setzen wir voraus, dass Ihnen die Einwilligung Ihres Bewohner oder Ihrer Bewohnerin beziehungsweise der Betreuer oder gesetzlich Bevollmächtigten zur Übermittlung der Gesundheitsdaten an den Medizinischen Dienst Nordrhein vorliegt.

Schnell und einfach können Sie den Fragebogen online ausfüllen und übermitteln unter:  
[www.md-nordrhein.de/stationaer/fragebogen](http://www.md-nordrhein.de/stationaer/fragebogen).

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.  
**Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein**

---

### Angaben zur pflegebedürftigen Person

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Auftragsnummer

- 1. Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung bei Ihrer Bewohnerin bzw. Ihrem Bewohner verändert? In welchen Bereichen hat sich die Selbständigkeit verschlechtert?**

---

---

---

---



**2. Wurden in den letzten Wochen bzw. Monaten Behandlungen im Krankenhaus oder wurde eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?**

Bitte nennen Sie das Krankenhaus oder die Reha-Einrichtung, die Dauer und den Grund des Aufenthaltes.

Name KH/ Reha-Einrichtung	Grund des Aufenthaltes	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**3. Welche Hilfsmittel stehen der Bewohnerin bzw. dem Bewohner zur Verfügung?**

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Brille             | <input type="radio"/> Rollator              | <input type="radio"/> Inkontinenzprodukte    |
| <input type="radio"/> Zahnprothese       | <input type="radio"/> Rollstuhl             | <input type="radio"/> Badewannenlifter       |
| <input type="radio"/> Hörgerät           | <input type="radio"/> Kompressionsstrümpfe  | <input type="radio"/> Duschstuhl             |
| <input type="radio"/> Hausnotruf         | <input type="radio"/> Toilettensstuhl       | <input type="radio"/> Pflegebett             |
| <input type="radio"/> Unterarmgehstützen | <input type="radio"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="radio"/> Antidekubitusmatratze  |
| <input type="radio"/> Gehstock           | <input type="radio"/> Urinflasche           | <input type="radio"/> Sauerstoffkonzentrator |

Weitere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

**4. Welche Schwierigkeiten oder Einschränkungen ergeben sich für die Bewohnerin oder den Bewohner aufgrund der Erkrankungen im Alltag?  
Wo wird Unterstützung benötigt?**

Bitte beschreiben Sie die Beeinträchtigungen in eigenen Worten.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Körpergröße und -gewicht**

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?  nein  ja, \_\_\_\_\_ kg

## 6. Allgemeine Informationen

Kann die Bewohnerin/der Bewohner ...

... Knöpfe schließen?  ja  nein

... die Hände in den Nacken legen?  ja  nein

... die Hände zum Gesäß führen?  ja  nein

... die Hände den Füßen bringen?  ja  nein

Besteht Harnkontinenz?  ja  nein

Besteht Stuhlkontinenz?  ja  nein

Ist Nachts personelle Unterstützung erforderlich?  ja  nein

Wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_ mal pro Tag

## 7. Liegen kognitive Beeinträchtigungen vor?

nein  ja

Wenn ja, welche Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund? Bitte beschreiben Sie kurz die Beeinträchtigungen.

---

---

---

## 8. Bestehen schwere psychische Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten?

(z. B. Umtriebigkeit, aggressives oder abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste oder Panikattacken, Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage)

nein  ja

Wenn ja, welche und wie häufig? Bitte beschreiben Sie die Probleme und den Hilfebedarf, der sich daraus ergibt.

---

---

---

## 9. Kognition / Psyche

Folgende Fragen brauchen nur beantwortet zu werden, wenn psychische Erkrankungen oder krankheitsbedingte Gedächtnisstörungen bekannt sind. Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Braucht die Bewohnerin oder der Bewohner Hilfe, um ...

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| ... bekannte Personen zu erkennen?                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... sich zeitlich zu orientieren?                              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... sich in der Einrichtung zu orientieren?                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... sich außerhalb der Einrichtung zu orientieren?             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... sich an die letzte Mahlzeit zu erinnern?                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... einem Gespräch zu folgen?                                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... die richtige Reihenfolge beim Waschen/Kleiden einzuhalten? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## 10. Wird fremde Hilfe bei folgenden Punkten benötigt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	<b>selbständig</b>	<b>überwiegend selbständig</b> geringe Teilhilfen oder punktuelle Aufforderung	<b>überwiegend unselbstständig</b> weitreichende Teilhilfen oder muss umfassend angeleitet werden	<b>unselbstständig</b> kann sich nicht an der Aktivität beteiligen/ ist auch nicht anleitungsfähig
Kann er/sie stehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann er/sie gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kämmen, Rasieren, Zähneputzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen, Baden, Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen zerkleinern, Flaschen öffnen, Getränk eingießen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drehen und Wenden im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen aus dem Sitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich innerhalb der Wohnung bewegen, auch mit Rollator oder Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**11. Wird Hilfe bei folgenden Tätigkeiten benötigt? Wenn ja, wie oft?**

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- |                                    |                            |   |
|------------------------------------|----------------------------|---|
| Bereitstellen von Medikamenten     | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Tag   |
| Gabe von Medikamenten              | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Tag   |
| Anziehen von Kompressionsstrümpfen | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Tag   |
| Arztbesuche                        | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Woche |

Hier können Sie alle weiteren Hilfen angeben, die im Umgang mit der Erkrankung benötigt werden (z. B. Wundversorgung, Spritzen).

---

---

---

---

**12. Gibt es noch weitere für die Begutachtung relevante Informationen?**

---

---

---

---

**13. Bitte nennen Sie uns den behandelnden Hausarzt bzw. die behandelnde Hausärztin**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Anschrift

**14. Bitte nennen Sie uns eine Ansprechperson, falls wir Rückfragen zum Fragebogen haben.**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**15. Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Die Bewohnerin bzw. der Bewohner ist mit der Übermittlung der Daten zum Zwecke der Pflegebegutachtung an den Medizinischen Dienst Nordrhein einverstanden.

Diese Erklärung kann die Bewohnerin bzw. der Bewohner jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

- Ich versichere, dass die Angaben wahr sind und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht worden sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Pflegeeinrichtung

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein