



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung

Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Pflegekasse: (Name) (IK)
(Adresse)

Versicherter: Geschl.: männl. weibl.

(Name, Vorname) Geb.Datum:
(Straße) Telefon:
(PLZ, Ort)

ggf. davon abweichender derzeitiger Aufenthaltsort

(Straße) Telefon:
(PLZ, Ort)
wohnhaf bei:

behandelnder Arzt: (Name, Facharzt für ..., Adresse, Tel.Nr.)

Pflegeperson/-en:

A	Name, Vorname:	Geb. Datum:	Straße:	Ort:	Tel.-Nr.:	Angehöriger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
B	Name, Vorname:	Geb. Datum:	Straße:	Ort:	Tel.-Nr.:	Angehöriger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
C	Name, Vorname:	Geb. Datum:	Straße:	Ort:	Tel.-Nr.:	Angehöriger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
D	Name, Vorname:	Geb. Datum:	Straße:	Ort:	Tel.-Nr.:	Angehöriger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Pflegeeinrichtung/-en:

A	Name:	Straße:	Ort:	Tel.-Nr.:
B	Name:	Straße:	Ort:	Tel.-Nr.:

Antrag auf häusliche Pflegeleistung
 Geldleistung Sachleistung kombinierte Geld-/Sachleistung

Antrag auf vollstationäre Pflegeleistung

Derzeitige Pflegestufe:* keine I II III Härtefall *nur bei Folge-/Wiederholungsbegutachtung

Untersuchung am: um..... Uhr, durch:

MDK-Beratungsstelle:.....

Untersuchungsort: Privatwohnung vollstationäre Pflegeeinrichtung
 Sonstiges

Erstgutachten Folge-/Wiederholungsgutachten Widerspruchsgutachten

ambulante Pflege

vollstationäre Pflege



VERSORGUNGSSITUATION UND PFLEGE BEGRÜNDENDE VORGESCHICHTE

nach Angabender/des:.....

1. Derzeitige Versorgung/Betreuung

1.1 Ärztliche Betreuung:

Hausbesuche/Praxisbesuche:.....

Medikamentöse Versorgung:.....

1.2 Heilmittelversorgung / häusliche Krankenpflege

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logopädie
- Behandlungspflege
- Grundpflege
- Sonstiges:.....

1.3 Versorgung mit Hilfsmitteln/technischen Hilfen/Verbrauchsgütern:

Vorhandene Hilfsmittel?

Welche Verrichtungen sind hierdurch kompensiert?

Ungenutzte Hilfsmittel?

1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung

- Pflege durch Angehörige/Bekannte x

tgl.	wöchentl.
------	-----------

fallweise	rund um die Uhr
-----------	-----------------
- Pflege durch Pflegeeinrichtung
 - ambulanter Pflegedienst x

tgl.	wöchentl.
------	-----------

fallweise

 - Tagespflege/Nachtpflege x

wöchentl.

fallweise

 - Kurzzeitpflege

fallweise

- Pflege in vollstationärer Pflegeeinrichtung

Wöchentlicher Pflegeaufwand der Pflegeperson/-en:

A Name, Vorname:	Pflegeleistung/Woche: <input type="checkbox"/> unter 14 Std. <input type="checkbox"/> 14 bis unter 21 Std. <input type="checkbox"/> 21 bis unter 28 Std. <input type="checkbox"/> mind. 28 Std.
B Name, Vorname:	Pflegeleistung/Woche: <input type="checkbox"/> unter 14 Std. <input type="checkbox"/> 14 bis unter 21 Std. <input type="checkbox"/> 21 bis unter 28 Std. <input type="checkbox"/> mind. 28 Std.
C Name, Vorname:	Pflegeleistung/Woche: <input type="checkbox"/> unter 14 Std. <input type="checkbox"/> 14 bis unter 21 Std. <input type="checkbox"/> 21 bis unter 28 Std. <input type="checkbox"/> mind. 28 Std.
D Name, Vorname:	Pflegeleistung/Woche: <input type="checkbox"/> unter 14 Std. <input type="checkbox"/> 14 bis unter 21 Std. <input type="checkbox"/> 21 bis unter 28 Std. <input type="checkbox"/> mind. 28 Std.

ambulante Pflege

vollstationäre Pflege



1.5 Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Betreuungssituation

Versicherte(r) alleinlebend ja nein
 Tagesstrukturierende Einrichtung
 Sonstiges:

1.6 Pflegerelevante Aspekte der Wohnsituation

.....

2. Pflegebegründende Vorgeschichte

.....

Seit wann ist die selbständige Lebensführung eingeschränkt?.....

GUTACHTERLICHE BEFUNDE UND STELLUNGNAHME

3. Würdigung vorliegender Fremdbefunde:

.....

4. Erhobene pflegebegründende Befunde:

4.1 Allgemeinbefund: gut mäßig deutlich reduziert

.....

4.2 Funktionelle Einschränkungen

4.2.1 des Stütz- und Bewegungsapparats keine mäßig schwer Funktionsausfall

.....

ambulante Pflege

vollstationäre Pflege



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

4.2.2 der inneren Organe

keine mäßig schwer Funktionsausfall

.....
.....
.....
.....

4.2.3 der Sinnesorgane

keine mäßig schwer Funktionsausfall

.....
.....
.....
.....

4.2.4 des ZNS und der Psyche

keine mäßig schwer Funktionsausfall

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Desorientierung: keine zum Ort zur Zeit zur eigenen Person

Bewußtseinslage: wach schläfrig benommen somnolent komatös

4.2.5 Pflegebegründende Diagnose/-n:

.....
.....

ICD					
ICD					

Weitere Diagnosen:.....

.....
.....

4.3 Fähigkeiten in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens

4.3.1 Vitale Funktionen aufrechterhalten

selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....

4.3.2 Sich situativ anpassen können

selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....

ambulante Pflege

vollstationäre Pflege



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

4.3.3 Für Sicherheit sorgen können selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....
.....

4.3.4 Sich bewegen können selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....
.....

4.3.5 Sich sauberhalten und kleiden können selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....
.....

4.3.6 Essen und trinken können selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....
.....

4.3.7 Ausscheiden können selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....
.....

4.3.8 Sich beschäftigen können selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....
.....

4.3.9 Kommunizieren können selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....
.....

4.3.10 Ruhen und schlafen können selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....
.....

4.3.11 Soziale Bereiche des Lebens sichern können selbständig bedingt selbständig teilweise unselbständig unselbständig

.....
.....
.....



ambulante Pflege



vollstationäre Pflege



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

5. Bestimmung der Pflegebedürftigkeit

Hilfebedarf in Form der Unterstützung, teilweisen oder vollständigen Übernahme, Beaufsichtigung oder Anleitung

5.1 Körperpflege	täglich beim	<input type="checkbox"/> Waschen	wie oft am Tag
		<input type="checkbox"/> Duschen/Baden	.....
		<input type="checkbox"/> Zahnpflegen	.....
		<input type="checkbox"/> Kämmen/Rasieren	.....
		<input type="checkbox"/> Darm-/Blasenentleeren	.....
				Zeitaufwand.....

5.2 Ernährung	täglich bei der	<input type="checkbox"/> mundgerecht. Zubereitung	wie oft am Tag
		<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme	

5.3 Mobilität	täglich beim	<input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen	wie oft am Tag
		<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden	.....
		<input type="checkbox"/> Stehen	.....
		<input type="checkbox"/> Gehen	.....
		<input type="checkbox"/> Treppensteigen	.....
		<input type="checkbox"/> Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung/Einrichtung	.....

5.4 Hauswirtsch. Versorgung	wöchentlich beim	<input type="checkbox"/> Einkaufen	wie oft in der Woche
		<input type="checkbox"/> Kochen	.....
		<input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung	.....
		<input type="checkbox"/> Spülen	.....
		<input type="checkbox"/> Beheizen der Wohnung	.....
		<input type="checkbox"/> Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung	.....

Bemerkungen*):

**) insbes. für Kinder und psychisch Kranke/geistig Behinderte*

6. Ergebnis der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit

6.1 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vor? ja nein

Wenn nein, Begründung:.....

Wenn nein, sind präventive Maßnahmen zur Vermeidung einer drohenden Pflegebedürftigkeit angezeigt? ja nein
 welche:.....

<input type="checkbox"/> Pflegestufe I		<input type="checkbox"/> Pflegestufe II		<input type="checkbox"/> Pflegestufe III	|	seit wann?
--	--	---	--	--	--	------------

Begründung:.....

Liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor (§36 Abs.4 bzw. §43 Abs.2 SGB XI)? ja nein
 Begründung:.....

ambulante Pflege

vollstationäre Pflege



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

6.2 Prognose über die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

.....
.....
.....

6.3 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? ja nein

Wenn nein, Erläuterung:

.....
.....
.....
.....

6.4 Ist vollstationäre Pflege erforderlich? ja nein

Erläuterung:

.....
.....
.....
.....

6.5 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?

- Unfall Berufserkrankung Versorgungsleiden nein

6.6 Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mit dem festgestellten Hilfebedarf überein? ja nein

Erläuterung:

.....
.....
.....
.....

7. Empfehlungen an die Pflegekasse/individueller Pflegeplan

7.1 Maßnahmen zur Rehabilitation nicht erforderlich

- Krankengymnastik, welche:.....
- Ergotherapie, welche:.....
- Logopädie, welche:.....
- Sonstige Maßnahmen, welche:.....
- Erläuterung:.....
-
-

7.2 Verbesserung/Veränderung der Pflegehilfsmittel- / Hilfsmittelversorgung: nicht erforderlich

- Pflege- / Hilfsmittel zur Körperpflege und Hygiene, welche:.....
- Ernährung, welche:.....
- Mobilität innerhalb und außerhalb der Wohnung, welche:.....
- Erleichterung der Pflege für die Pflegeperson, welche:.....
- Sonstige Hilfsmittel, welche:.....
- Erläuterung:.....
-
-

ambulante Pflege

vollstationäre Pflege



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

7.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes: nicht erforderlich
erforderlich

Erläuterung:.....
.....
.....
.....

7.4 Art und Umfang von Pflegeleistungen

7.4.1 Unterstützung/Veränderung in bezug auf Antragsteller/Pflegeperson im Hinblick auf nicht erforderlich
Art und Umfang der Pflege

Hauswirtschaftl. Bereich, welcher:.....
Grundpflege, welche:.....
Behandlungspflege, welche:.....
Sonstiges Leistungen, welche:.....
Erläuterung:.....
.....
.....

7.4.2 Entlastung in bezug auf Antragsteller/Pflegeperson nicht erforderlich
durch:

Tages-/Nachtpflege, welche:.....
Kurzeitpflege, welche:.....
vollstationäre Pflege.....
Sonstige Betreuungsformen, welche:.....
Erläuterung:.....
.....
.....

7.4.3 Beratung in bezug auf Antragsteller/Pflegepersonal nicht erforderlich
durch:

Pflegedienst/-einrichtung, welche:.....
Pflegekurs/Anleitung, welche(r):.....
HWV/Essen auf Rädern.....
Sonstige Beratungsformen, welche:.....
Erläuterung:.....
.....
.....

7.4.4 Vorschläge zur Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung: nicht erforderlich

Grundpflegerische Leistungen, welche:.....
individuelle Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln/Hilfsmitteln, welchen:.....
.....
.....
Gestaltung des Tagesablaufes, wie:.....
Sonstiges, was:.....
Erläuterung:.....
.....
.....

7.5 Mögliche kurative Defizite

.....
.....
.....



ambulante Pflege



vollstationäre Pflege



8. Zusätzliche Empfehlungen/Bemerkungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Empfehlung zum Termin der Wiederholungsbegutachtung:

10. Beteiligte Gutachter:
.....

Unterschriften

Datum

Stempel



Anlage zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Versicherter: Geb.Datum: Gutachten vom:

5. Bestimmung der Pflegebedürftigkeit

Liegen allgemeine erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

5.1 Körperpflege

Hilfebedarf beim/bei der:			Form der Hilfe ¹					Häufigkeit		Zeitaufwand
	nein	ja	U	TÜ	VÜ	B	A	täglich	wöchentlich	pro Tag (Min.)

<u>Waschen</u>			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Ganzkörperwäsche (GK)										
- Teilwäsche Oberkörper (OK)										
- Teilwäsche Unterkörper (UK)										
- Teilwäsche Hände/Gesicht (H/G)										

Summe Minuten

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

Erläuterungen:

<u>Duschen</u>			U	TÜ	VÜ	B	A			
<u>Baden</u>			U	TÜ	VÜ	B	A			

Summe Minuten

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

Erläuterungen:

¹ U = Unterstützung; TÜ = teilweise Übernahme; VÜ = vollständige Übernahme; B = Beaufsichtigung; A = Anleitung.
 Zutreffendes bitte ankreuzen.



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

Versicherter:

Geb.Datum: Gutachten vom:

Hilfebedarf beim/bei der:	nein		ja		Form der Hilfe ¹	Häufigkeit		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
						täglich	wöchentlich	

Zahnpflege			U	TÜ	VÜ	B	A			
-------------------	--	--	---	----	----	---	---	--	--	--

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
(falls ja, Begründung)

Erläuterungen:

Kämmen			U	TÜ	VÜ	B	A			
Rasieren			U	TÜ	VÜ	B	A			

Summe Minuten

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
(falls ja, Begründung)

Erläuterungen:

Darm- u. Blasenentleerung	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>								
- Wasserlassen			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Stuhlgang			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Richten der Bekleidung			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Wechseln v. Windeln - nach Wasserlassen			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Wechseln v. Windeln - nach Stuhlgang			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Wechseln kleiner Vorlagen			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Wechseln/Entleeren des Urinbeutels			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Wechseln/Entleeren des Stomabeutels			U	TÜ	VÜ	B	A			

Summe Minuten

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
(falls ja, Begründung)

Erläuterungen:

¹ U = Unterstützung; TÜ = teilweise Übernahme; VÜ = vollständige Übernahme; B = Beaufsichtigung; A = Anleitung.
Zutreffendes bitte ankreuzen.



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

Versicherter:

Geb.Datum: Gutachten vom:

5.2 Ernährung

Hilfebedarf beim/bei der:			Form der Hilfe ¹	Häufigkeit		Zeitaufwand
	nein	ja		täglich	wöchentlich	pro Tag (Min.)

<u>Mundgerechten Zubereitung</u>			U	TÜ	VÜ	B	A			
----------------------------------	--	--	---	----	----	---	---	--	--	--

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

Erläuterungen:

<u>Aufnahme der Nahrung</u>										
- oral			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Sondenkost			U	TÜ	VÜ	B	A			

Summe Minuten

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

Erläuterungen:

5.3 Mobilität

<u>Aufstehen/Zu-Bett-Gehen</u>										
- Aufstehen/Zu-Bett-Gehen			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Umlagern			U	TÜ	VÜ	B	A			

Summe Minuten

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

Erläuterungen:

¹ U = Unterstützung; TÜ = teilweise Übernahme; VÜ = vollständige Übernahme; B = Beaufsichtigung; A = Anleitung .
 Zutreffendes bitte ankreuzen.



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

Versicherter: Geb.Datum: Gutachten vom:

Hilfebedarf beim:			Häufigkeit		Zeitaufwand
	nein	ja	Form der Hilfe ¹		pro Tag (Min.)

An-/Auskleiden										
- Ankleiden gesamt (GK)			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Ankleiden Ober-/Unterkörper (TK)			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Entkleiden gesamt (GE)			U	TÜ	VÜ	B	A			
- Entkleiden Ober-/Unterkörper (TE)			U	TÜ	VÜ	B	A			

Summe Minuten

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

.....

Erläuterungen:

Gehen			U	TÜ	VÜ	B	A			

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

.....

Erläuterungen:

Stehen (Transfer)			U	TÜ	VÜ	B	A			

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

.....

Erläuterungen:

Treppensteigen			U	TÜ	VÜ	B	A			

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
 (falls ja, Begründung)

.....

Erläuterungen:

¹ U = Unterstützung; TÜ = teilweise Übernahme; VÜ = vollständige Übernahme; B = Beaufsichtigung; A = Anleitung.
 Zutreffendes bitte ankreuzen.



CareHelix-PV: Begutachtungsformular

Versicherter: Geb.Datum: Gutachten vom:

<u>Hilfebedarf beim:</u>			Form der Hilfe ¹	Häufigkeit		Zeitaufwand
	nein	ja		täglich	wöchentlich	pro Tag (Min.)

<u>Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung/Pflegeeinrichtung</u>			U	TÜ	VÜ	B	A			
--	--	--	---	----	----	---	---	--	--	--

Liegen spezielle erleichternde und/oder erschwerende Faktoren vor? ja nein
(falls ja, Begründung)

Erläuterungen:

Gesamtsumme Minuten
Zeitaufwand 5.1 - 5.3

5.4 Hauswirtschaftliche Versorgung

<u>Wöchentlicher Hilfebedarf beim:</u>	nein	ja	Häufigkeit
- Einkaufen			
- Kochen			
- Reinigen der Wohnung			
- Spülen			
- Wechseln/Waschen der Kleidung und Wäsche			
- Beheizen der Wohnung			

Gesamtsumme Minuten
Zeitaufwand 5.4

Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf

Besteht ein nächtlicher Grundpflegebedarf? ja nein
(falls ja, Angabe von Art und Umfang)

¹ U = Unterstützung; TÜ = teilweise Übernahme; VÜ = vollständige Übernahme; B = Beaufsichtigung; A = Anleitung .
Zutreffendes bitte ankreuzen.