

Herr
Otto Mustermann
In den grünen Wiesen 70b
55232 Alzey

Datum: 09.10.2024

Ihr Ansprechpartner:
Frau Musterfrau
Telefon: 0631 / 35192-95
Telefax: 0631 / 35192-65
pflege.kaiserslautern@md-rlp.de

Servicezeiten
Mo.-Do.: 08:00 Uhr - 16:00 Uhr
Fr.: 08:00 Uhr - 14:00 Uhr

Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)

Auftraggeber/-in: Pflegekasse AOK Rheinland/Hamburg

Auftragsnummer: 123456789

hier: Erstgutachten SPV

Sehr geehrter Herr Mustermann,

Ihre Pflegekasse hat uns beauftragt, eine Pflegebegutachtung durchzuführen. Dazu ist ein Besuch bei Ihnen vor Ort erforderlich, den wir für nachfolgenden Tag eingeplant haben:

Mittwoch, 09.10.2024

Der/Die Gutachter/-in wird zwischen 10 Uhr und 12 Uhr bei Ihnen eintreffen.

Kurzfristige Terminabsagen sind auch online über unsere Homepage möglich:

<https://www.md-rlp.de/versicherte/online-formular-pflege/>

Das Begutachtungsverfahren bei Ihnen führt voraussichtlich Frau Müller durch. Die Dauer der Begutachtung kann je nach beantragter Leistung sehr unterschiedlich ausfallen. Üblicherweise dauert eine Begutachtung bis zu einer Stunde. Bitte legen Sie oder Ihre Pflegeperson/en uns den beiliegenden Fragebogen ausgefüllt am Hausbesuchstermin vor.

Sie können gerne auch vorab auf unserer Homepage einen Fragebogen in einfacher Sprache ausfüllen unter: **www.md-rlp.de/versicherte/pflegebegutachtung/fragebogen-pflege** und uns diesen elektronisch zusenden. Hier können Sie aktuelle medizinische Unterlagen in PDF Version anhängen.

Was ist zu beachten?

Vor der Begutachtung:

- Sofern uns von der Pflegekasse eine gesetzliche Betreuung benannt wurde, haben wir diese ebenfalls über den Begutachtungstermin informiert. Sollten Sie eine Betreuungsperson haben, welche der Pflegekasse nicht bekannt ist, so bitten wir höflich diese über den Begutachtungstermin zu informieren.
- Bitte stellen Sie zudem sicher, dass eine Verständigung in der deutschen Sprache möglich ist. Wir empfehlen Ihnen bei Verständigungsschwierigkeiten die Unterstützung durch Angehörige/Bekannte mit ausreichenden Sprachkenntnissen oder durch eine Übersetzerin/einen Übersetzer.
- **Hat sich Ihre Anschrift geändert? Steht ein anderer Name an Ihrer Klingel oder ist Ihre Adresse schwer zu finden? Besteht Ansteckungsgefahr?**
Teilen Sie uns dies rechtzeitig mit. Gerne auch online unter:
<https://www.md-rlp.de/versicherte/online-formular-pflege>

Während der Begutachtung:

- Unsere Gutachterin/ourer Gutachter erstellt ein möglichst umfassendes Bild über die Schwere Ihrer Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Sie unterstützen uns, wenn auch Ihre hauptsächliche Pflegeperson bei der Begutachtung anwesend ist.
- Sollten Sie im Besitz aktueller medizinischer Unterlagen (Befunde/Behandlungs- oder Entlassberichte) der letzten 1 - 2 Jahre sein, so stellen Sie diese bitte (wenn möglich in Kopie) in der Begutachtung zur Verfügung.
- Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Bild- und Tonaufnahmen während der Begutachtung nicht gestattet sind und strafrechtlich verfolgt werden können.

Nach der Begutachtung:

Falls Sie nach der Begutachtung noch Fragen haben zum Ergebnis der Begutachtung, dann wenden Sie sich bitte an Ihre Pflegekasse.

Sie haben Fragen zum Begutachtungsverfahren?

- Umfassende Informationen und Empfehlungen zur Vorbereitung auf den Hausbesuch stellen wir Ihnen als Beilage "**Informationen zur Pflegebegutachtung**" zur Verfügung.
- Auf unserer Homepage **www.md-rlp.de** finden Sie unter **Startseite >> Versicherte >> Pflegebegutachtung** weitere Informationen zum Begutachtungsverfahren.

Sie möchten uns etwas mitteilen?

Wir verstehen uns als modernes Dienstleistungsunternehmen, deshalb interessiert uns Ihre Zufriedenheit mit dem Begutachtungsverfahren. Hierzu führen wir eine jährliche Versichertenbefragung per Fragebogen durch. Die Auswahl findet dabei per Zufallsstichprobe statt. Falls Sie ausgewählt werden, würden wir uns über Ihre Rückmeldung freuen. Gerne stehen wir Ihnen für Anregungen und Kritik zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Medizinischer Dienst
Rheinland-Pfalz

Anlage
Flyer, Fragebogen

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.
N:

Diese Angaben werden zur Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung vom Medizinischen Dienst benötigt.

(Liegt Ihnen der Fragebogen bereits vor, muss er nicht noch einmal ausgefüllt werden.)

Name der/des Versicherten: Otto Mustermann

Geb.-Datum: 01.01.1930

Telefonisch erreichbar: _____

Derzeit genutzte Hilfsmittel? (entsprechendes bitte ankreuzen X)

- | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|---|
| ☐ Brille | ☐ Zahnprothese | ☐ Hörgerät | ☐ Pflegebett | ☐ Gehstock |
| ☐ Rollator | ☐ Rollstuhl | ☐ WC-Stuhl | ☐ WC-Erhöhung | ☐ Badewannenlifter |
| ☐ Inkontinenzartikel (Windeln/Vorlagen) | ☐ Urinflasche | ☐ Blasenkatheder | | |
| ☐ Ernährungssonde | ☐ Ernährungspumpe | | ☐ Gehbock | |
| ☐ O2-Konzentrator | | | | |
| ☐ Sonstiges: | _____ | | | |

Wer pflegt Sie? Wie hoch ist der Zeitaufwand der Pflege durch diese Person(en)?

Name, Vorname	Geb.-Datum	Adresse und Telefonnummer	Zeitaufwand pro Woche	An wie vielen Tagen/ Woche
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Name der Tagespflege: _____				

Welcher ambulante Pflegedienst versorgt Sie?

☐ **Keiner**

Name des Pflegedienstes: _____

Was macht der Pflegedienst? _____

Anzahl der Pflegeeinsätze: _____ x pro Tag _____ x pro Woche

Häusliche Situation

☐ alleinlebend ☐ nur nachts alleine ☐ nur tagsüber alleine

☐ mit Ehepartner/Lebenspartner/Angehörigem

☐ Pflegepersonen/Angehörige wohnen in unmittelbarer Nachbarschaft

Größe _____ **Gewicht** _____

Welche Ärzte betreuen Sie zur Zeit und wo erfolgt die Behandlung? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name und Telefonnummer	Fachrichtung	Hausbesuche	Praxisbehandlung	Häufigkeit im Monat
_____	_____	☐	☐	_____
_____	_____	☐	☐	_____
_____	_____	☐	☐	_____

Welche Erkrankungen bzw. Behinderungen bestehen bei Ihnen? (z. B. Schlaganfall oder Tumor)

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Erkrankung/Behinderung/Operation **weswegen Einschränkungen der Selbständigkeit/Fähigkeiten bestehen**

Bekannt seit

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand verändert seit der letzten Begutachtung? Und seit wann?

(insofern bereits eine Begutachtung stattgefunden hat)

_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____

Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand verändert seit der letzten Begutachtung? Und seit wann?

(insofern bereits eine Begutachtung stattgefunden hat)

.....

.....

.....

Welche weiteren Behandlungen werden durchgeführt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Zu Hause	In Praxis	Wie häufig pro Woche		Zu Hause	In Praxis	Wie häufig pro Woche
Krankengymnastik	[]	[]	_____	Lymphdrainage	[]	[]	_____
Ergotherapie	[]	[]	_____	Logopädie	[]	[]	_____

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktueller personeller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbständig , wird fremd übernommen
Mobilität				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	[]	[]	[]	[]
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	[]	[]	[]	[]
Umsetzen (Transfers)	[]	[]	[]	[]
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)	[]	[]	[]	[]
Treppensteigen (Transfers)	[]	[]	[]	[]

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

Die Fähigkeit ist				
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten				
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)	[]	[]	[]	[]
Örtliche Orientierung	[]	[]	[]	[]
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	[]	[]	[]	[]
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	[]	[]	[]	[]
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)	[]	[]	[]	[]

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z.B. Unruhezustände, aggressives/abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, mindestens 2x/Woche, weniger als 2x/Woche)

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktuellem personeller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremd übernommen
Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen des vorderen Oberkörpers	[]	[]	[]	[]
Waschen des Intimbereichs	[]	[]	[]	[]
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)	[]	[]	[]	[]
An- und Auskleiden des Oberkörpers	[]	[]	[]	[]
An- und Auskleiden des Unterkörpers	[]	[]	[]	[]
Essen	[]	[]	[]	[]
Ernährung über Infusion oder Sonde (PEG/PEJ Sonde)	[]	[]	[]	[]
Trinken	[]	[]	[]	[]
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)	[]	[]	[]	[]
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/ Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	[]	[]	[]	[]
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/ Umgang mit Stoma	[]	[]	[]	[]

Hilfebedarf in der Nacht: **nein**

[]

Wie oft pro Woche: oder

.....

Wie oft pro Nacht:

.....

Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit / Anzahl		
	Nein	Ja	Täglich	Wöchent- lich	Monat- lich
Medikation (z.B. Tabletten, Augen-Ohrentropfen, Zäpfchen, Schmerzpflaster)	[]	[]	_____	_____	_____
Injektion (z.B. Insulin, Heparin)	[]	[]	_____	_____	_____
Versorgung intravenöser Zugänge	[]	[]	_____	_____	_____
Absaugen und Sauerstoffgabe (auch Inhalation, Dosieraerosole)	[]	[]	_____	_____	_____
Einreibungen sowie Wärme- und Kälteanwendungen (z. B. ärztlich angeordnete Salben/Cremes)	[]	[]	_____	_____	_____
Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Puls, Blutzuckermessung)	[]	[]	_____	_____	_____
An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln (z. B. Brille, Hörgerät, Kompressionsstrümpfe)	[]	[]	_____	_____	_____
Verbandswechsel und Wundversorgung (Versorgung chronischer Wunden z. B. Dekubitus, Ulcus)	[]	[]	_____	_____	_____
Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden (z. B. Einlauf, Klistier)	[]	[]	_____	_____	_____
Versorgung mit Stoma (z. B. Tracheostoma, PEG Sonde, Urostoma, Colostoma)	[]	[]	_____	_____	_____

Sonstiges (z. B. Eigenübungsprogramme durch die Pflegeperson, Therapie nach Vojta und Bobath durch die Pflegeperson, Dialyse zu Hause, Beatmung):

Gestaltung des Alltagslebens:

Kann der Tagesablauf gestaltet werden, ist eine selbständige Beschäftigung möglich, kann die Zukunft geplant werden, können soziale Kontakte gestaltet und aufrechterhalten werden?

Vielen Dank!

Datum, Unterschrift