

**Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI
 für Frau/ Herrn:**

am: _____
Beginn: _____ **Uhr** _____

Name: _____

Adresse: _____

Geboren am: _____

Vers. Nr. _____

(Tel.) _____

(E-Mail) _____

ausführende Fachkraft: _____

Name, Pflegedienst

Wer pflegt die/den Pflegebedürftigen regelmässig zu Hause? Angehörige/Ansprechpartner?

Name, Vorname:	Bezug: (Ehepartner / Tochter / Sohn / ...)	Telefon-Nr.:	e-mail	an wieviel Tagen pro Woche	wieviel Stunden täglich
a)					
b)					

Alle Angaben sind freiwillig

Wir empfehlen, zu Beginn des Beratungsbesuches nach § 37 Abs. 3 SGB XI die beratenen Personen sinngemäß folgendermaßen aufzuklären:

- Der Beratungsbesuch ist keine erneute MDK-Begutachtung für die Pflegekasse, auch wenn einige Fragen ähnlich klingen.
 - Er dient der fachlichen Einschätzung der Pflege zu Hause und der Verbesserung der Pflegesituation für Gepflegte und Angehörige.
 - Dazu wird eine Reihe von Fragen zum Gesundheits- und Pflegezustand und zur Bewältigung des Alltags gestellt. Aber auch persönliche Fragen zur Beziehung und zu Belastungen (Seite 5)*.
 - Der Beratungsleitfaden soll der Beraterin bzw. dem Berater als Leitfaden und Gedächtnisstütze dienen, um alle wichtigen Beratungsbereiche anzusprechen.
 - Der Leitfaden verbleibt beim Pflegedienst (auch als Vorbereitung für die viertel- oder halbjährlichen Folgebesuche).
 - Die Pflegekasse erhält ein Nachweisformular, dass der Beratungsbesuch stattgefunden hat, ggf. mit Empfehlungen für die Verbesserung der Pflegesituation.
- * (Die Fragen von Seite 5 zur Pflegebeziehung können auch schon während der Beratung eingeflochten werden und wie „nebenbei“ gestellt werden).

SGB V SGB XI Liegt vor seit: _____ letzte Begutachtung (falls bekannt): _____

Welcher Pflegegrad: PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Vorsorgevollmacht vorhanden Ja Nein
Gesetzliche Betreuung vorhanden Ja Nein

Häusliche Situation der/des Pflegebedürftigen

Alleinlebend mit LebenspartnerIn mit anderem Angehörigen Wohngemeinschaft _____

Ist der/die pflegende Angehörige anwesend zu a) zu b) nein

Hat sich etwas an der Pflegesituation geändert?

Aus Sicht der/des Gepflegten Ja Nein
Aus Sicht der/des Pflegenden Ja Nein

Was hat sich geändert

bekannte Diagnosen:

Z.n. Apoplex Paresen Aphasie geistige Behinderung Gedächtnisstörungen Demenz
 Psychische Erkr. Sucht
 MS Parkinson Diabetes mell. Zust. nach Herzinfarkt Herz-Kreislauf Rheuma

Weitere: _____

Welche Heil- und Hilfsmittel/Hilfen benutzt der Versicherte?

Brille Rollstuhl IKM Toilettenstuhl PEG-Sonde
 Zahnprothese Pflegebett Urinflasche Badelifter Tracheostoma
 Hörgerät WC-Sitzerhöh. Urinbeutel Personenlifter
 Unterarm-Gehstützen Kompressionsstrümpfe Anus Praeter Hausnotrufsysteme
 Rollator Anti Dekubitus Systeme Ergotherapie Physiotherapie Logopädie
 Weitere: _____

Welche Unterstützungsangebote nutzt der Versicherte?

Kurzzeitpf. Verhinder.Pf. Besuchsdienst Einzelbet. Tagespflege wie oft?: _____
 Pflegestützpkt. Pflege in Not andere Beratung und zwar: _____
 Sonstiges: _____

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

	vorhanden	größtenteils vorhanden	kaum vorhanden	nicht vorhanden	Aussage nicht möglich
Erkennen von Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verstehen, umsetzen, entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verbale Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwicklungspotential in diesem Feld: Ja Nein durch Ergotherapie durch Logopädie durch Reha

oder durch: _____

Selbstversorgung (Einschätzung Berater/in n. Inspektion u. Gespräch):

Körperpflege incl. Haarpflege

	Selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbstän.	unselbständ.	Angabe nicht möglich
oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung					

Beratung zu

erfolgt

empfohlen

- Dekubitus-Prophylaxe
- Pneumonie-Prophylaxe
- Hautpflege
- aufblasbare Haarwaschwanne
- Badelifter
- mobiler Friseur
- Verbrauchsmittel-Pauschale
- Demenzberatung
- Pflegekurs nach § 45 SGB XI

Ernährung Zahnschmerzen? Ja Nein

Ernährungszustand normal kachektisch adipös

Gewicht: normal kachektisch adipös **Größe:** normal kachektisch adipös **BMI:** (BMI=Gewicht/Größe²)
 (Angaben in Kg und Meter)

biografisches Gewicht eher: ca.1 L/Tag ca. 2 L/Tag mehr weniger

Schluckstörungen: Ja Nein

Zubereitung von Speisen und Getränken frisch Ja Nein zum Teil

	Selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbstän.	unselbständ.	Angabe nicht möglich
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrung Zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufn. Früh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufn. Mitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufn. Abd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang PEG Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung					

- Logopädie
- krankheitsspez. Diät
- Umgang mit PEG
- Kalorienanreicherung
- Prothesen
- Zwischenmahlzeiten
- Obstipationsprophylaxe
- Parotitis-Prophylaxe
- Zahnstatus
- Ergänzungsnahrung
- Andickung bei Schluckstör.
- Auswirkung Exikose
- Trinkmenge
- Schnabel-/Spezialtasse
- Fahrbarer Mittagstisch
- mobiler Zahnarzt
- Spezialbesteck
- Geschirrunterlage (antirutsch)
- Umgang mit Sonde/Infusion
- Demenzberatung
- Hautarzt
- IKM Typen
- Rezeptierbarkeit
- Katheter/Urinale
- Stoma
- Dekubitus-Prophylaxe
- Wundversorgung
- Wundexpert/in
- Nachreinigung/Hygiene
- Hautinspektion und Pflege
- Hämatome
- § 7a, Pflegestützpunkte
- urolog. Ärztl. Versorgung

Kontinenz / Hautzustand

Urininkontinenz Ja gelegentlich Nein

Stuhlinkontinenz Ja gelegentlich Nein

Hautzustand Hämatom trocken Feucht Wunden Dekubitus Ödeme

	Selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbstän.	unselbständ.	Angabe nicht möglich
Inko.Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung					

Entwicklungspotential in diesem Feld: Ja Nein durch Beratung (s. rechte Spalte)
 oder durch:

Alltagsleben und soziale Kontakte						Beratung zu	
	Selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbstän.	unselbständ.	Angabe nicht möglich	erfolgt	empfohlen
TV/Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> § 45a-b SGB XI	<input type="checkbox"/>
Telefonieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> niedrigschwellige	<input type="checkbox"/>
Soz. Kontakte pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Besuchsdienste	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Tag-/Nacht Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> technische Hilfen	<input type="checkbox"/>
Bemerkung						<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Begleitedienst, Mobi-Dienst	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Veranstaltungen und Treffp. (z.B. Demenzcafé,	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> § 7a, Pflegestützpunkte	<input type="checkbox"/>
Bewegung/ Mobilität						<input type="checkbox"/> Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>
Stürze in Vorgeschichte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> Beleuchtung	<input type="checkbox"/>
Gelenke Bewegungseingeschränkt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> festes Schuhwerk	<input type="checkbox"/>
	Selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbstän.	unselbständ.	Angabe nicht möglich	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/>
Laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kontrakturen-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/>
Verl. d. Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rückenschonung	<input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hüftgurt	<input type="checkbox"/>
Lagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drehteller	<input type="checkbox"/>
Bemerkung						<input type="checkbox"/> Rutschbrett/-Matte	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Personenlifter	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Thrombose-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Rollator/Gehhilfen	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Rollstuhl-Treppenhilfe	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Rezeptierbarkeit von	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Pflegekurs, § 45 SGB XI	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Bewältigung von und Umgang mit Therapie und Krankheit						<input type="checkbox"/> Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Kenntnis/Wissen zur Erkrankung (aus Sicht der...)						<input type="checkbox"/> Pflegekurs, § 45 SGB XI	<input type="checkbox"/>
	gut	etwas	keine	Keine Anga.		<input type="checkbox"/> Demenzberatung	<input type="checkbox"/>
Gepflegten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Multiple Sklerosegesellschaft	<input type="checkbox"/>
Pflegenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Rheumaliga	<input type="checkbox"/>
grundsätzliche Compliance (Krankheitseinsicht) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> Parkinsongesellschaft	<input type="checkbox"/>
	selbständig	täglich	wöchentlich	monatlich	keine Angabe	<input type="checkbox"/> Schlaganfallgesellschaft	<input type="checkbox"/>
Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vitalzeichenkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bemerkung						<input type="checkbox"/> § 7a, Pflegestützpunkte	
Hauswirtschaft / Wohnumfeld						<input type="checkbox"/> haushaltsnahe Dienstleist.	<input type="checkbox"/>
	selbständig	täglich	wöchentlich	monatlich	keine Angabe	<input type="checkbox"/> PV Kombinationsleistung	<input type="checkbox"/>
Wohnungsreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wohnraumanpassung/	<input type="checkbox"/>
Umgebungsgestalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Entlastungsleistung, §45b SGB XI	<input type="checkbox"/>
Einkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Demenzberatung	<input type="checkbox"/>
Organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> § 7a, Pflegestützpunkte	<input type="checkbox"/>
Bemerkung							
Entwicklungspotential in diesem Feld: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> durch Beratung (s. rechte Spalte) oder durch:							

Fragen zur pers. Einschränkung und Pflegebeziehung: Verhalten und psychische Problemlagen

Beratung zu
 erfolgt empfohlen

Erleben Sie Anzeichen von Erschöpfung oder körperlicher Belastung und Beschwerden?

gar nicht ein wenig mäßig deutlich keine Angabe
 Pflegende/r

Haben Sie das Gefühl, dass die Pflege Ihre Beziehung belastet?

gar nicht ein wenig mäßig deutlich keine Angabe
 Gepflegte/r
 Pflegende/r

Machen Ihnen die pflegebedingten Veränderungen Angst?

gar nicht ein wenig mäßig deutlich keine Angabe
 Gepflegte/r
 Pflegende/r

Bemerken Sie bei sich in der Pflege Überlastung, Ärger, Wut oder Zorn?

Nie selten manchmal oft keine Angabe
 Gepflegte/r
 Pflegende/r

Haben Sie manchmal ein schlechtes Gewissen?

Nie selten manchmal oft keine Angabe
 Gepflegte/r
 Pflegende/r

Erleben Sie durch die Pflege bedingte Veränderungen als persönliche Einschränkung?

Nie selten manchmal oft keine Angabe
 Gepflegte/r
 Pflegende/r

Wenn ja, in welchen Bereichen?

Hobbies Kultur Freunde
 soziale Kontakte Finanzen Anderes

Wünschen Sie sich zusätzliche Unterstützung?

Nie selten manchmal oft keine Angabe
 Pflegende/r

Durch wen, wer könnte Sie entlasten?

Bemerkung

Entwicklungspotential in diesem Feld: Ja Nein durch Beratung (s. rechte Spalte)
 oder durch:

- Pflege in Not
- Telefonseelsorge
- Gesprächsgruppen
- pflegen-und-leben.de
- Pflegebegleiter
- Selbsthilfe
- Kurzzeitpflege
- Pflegekurse
- andere Beratungsstellen
- Verhinderungspflege
- §7a, Pflegestützpunkte
- Demenzberatung
- Reha-/Präventionsberat.
- Finanz-/ Schuldnerberatung
- Jugend- und Familienberatung