

Koch Lemke Machacek

– PartGmbH – Rechtsanwälte –

Bewertungsbogen zur Einschätzung der Pflegegrade für _____ am _____

Mobilität	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1 Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1.3 Umsetzen / Aufstehen aus sitzender Position	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
1.5 Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Summe: _____

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	vorhanden / unbeeintr.	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorh.	nicht vorhanden
2.1 Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.2 örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.3 zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.7 Verstehen von Sachverhalten / Informationen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.8 Erkennen von Risiken / Gefahren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.9 Mitteilung von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.10 Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.11 Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Summe: _____

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	nie oder selten	selten (ein- bis dreimal in zwei Wochen)	häufig (zwei bis mehrmals wöchent.)	täglich
3.1 motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.2 nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.3 selbstschädigendes/autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.4 Beschädigung von Gegenständen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.5 psychisch aggressives Verhalten ggü. anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.6 verbale Aggression	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.7 andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.8 Abwehr pflegerischer Maßnahmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.9 Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.10 Ängste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.11 Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.12 sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
3.13 sonst. pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5

Summe: _____

Selbstversorgung	selbständig / entfällt	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2 Kämmen, Zahn- / Prothesenpflege, Rasieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.3 Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4 Duschen / Baden einschl. Waschen der Haare	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.5 An- / Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6 An- / Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.7 mundgerecht Zubereitung der Nahrung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.8 Essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4.9 Trinken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
4.10 Benutzen einer Toilette / Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
4.11 Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.12 Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	keine, nicht täglich	täglich zu oraler Nahrung	(nahezu) ausschließl.	
4.13 Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3	

Summe: _____

Koch Lemke Machacek

– PartGmbH – Rechtsanwälte –

Umgang mit Krankheit	selbständig / entfällt	pro Tag	pro Woche	pro Monat
Submodul 1				
5.1 Medikation, auch Tropfen, Zäpfchen				
5.2 s.c. oder i.m. Injektionen / s.c. Infusionen				
5.3 Versorgung intravenöser Zugänge / Port				
5.4 Absaugen und O ₂ -Gabe / Inhalation				
5.5 Einreibungen und Kälte-/Wärmeanwendungen				
5.6 Messung und Deutung von Körperzuständen				
5.7 Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln				

Anzahl: _____

seltener als 1 x täglich	1 x bis max. 3 x täglich	bis max. 8 x täglich	mehr als 8 x täglich
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Submodul 2	selbständig / entfällt	pro Tag	pro Woche	pro Monat
Submodul 2				
5.8 Verbandswechsel und Wundversorgung				
5.9 Versorgung mit Stoma / Katheter / PEG				
5.10 Einmalkatheterisierung / Klistier / Einlauf				
5.11 Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung				

Anzahl: _____

seltener als 1 x wöchentl.	mehrmals wöchentl.	1 – 2 x täglich	mind. 3x tägl.
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Submodul 3	selbständig / entfällt	täglich	pro Woche	pro Monat
Submodul 3				
5.12 ausgedehnte technikintensive Maßn. zu Hause	<input type="checkbox"/> 0	60	• 8,6 =	• 2 =
5.13 Arztbesuche	<input type="checkbox"/> 0	60	• 4,3 =	• 1 =
5.14 Besuch anderer medizin. / therap. Einrichtung	<input type="checkbox"/> 0	60	• 4,3 =	• 1 =
5.15 zeitlich ausgedehnter Besuch med./therap. Einr.	<input type="checkbox"/> 0	60	• 8,6 =	• 2 =

Summe: _____

0 bis < 4,3	4,3 bis < 8,6	8,6 bis < 12,9	12,9 bis < 60	60 und mehr
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

Submodul 4	selbständig / entfällt	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Submodul 4				
5.16 Einhaltung einer Diät / Verhaltensvorschriften	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Summe Submodule 1 - 4: ____ + ____ + ____ + ____ = _____

Gestaltung des Alltagslebens und soz. Kontakte	selbständig / entfällt	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
Gestaltung des Alltagslebens und soz. Kontakte				
6.1 Gestaltung des Tagesablaufs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6.2 Ruhen / Schlafen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6.3 Sichbeschäftigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6.4 in die Zukunft gesicherte Planungen vornehmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6.5 Interaktionen mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6.6 Kontaktpflege außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Summe: _____

Punkte	Grad der Beeinträchtigung	gewichtete Punkte	Pflegegrad
Modul 1 _____	→ <input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> ger. B. <input type="checkbox"/> erhebl. B. <input type="checkbox"/> schw. B. <input type="checkbox"/> Verlust	→ _____	_____
Modul 2 _____	→ <input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> ger. B. <input type="checkbox"/> erhebl. B. <input type="checkbox"/> schw. B. <input type="checkbox"/> Verlust	↘ _____	_____
Modul 3 _____	→ <input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> ger. B. <input type="checkbox"/> erhebl. B. <input type="checkbox"/> schw. B. <input type="checkbox"/> Verlust	↗ _____	_____
Modul 4 _____	→ <input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> ger. B. <input type="checkbox"/> erhebl. B. <input type="checkbox"/> schw. B. <input type="checkbox"/> Verlust	→ _____	_____
Modul 5 _____	→ <input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> ger. B. <input type="checkbox"/> erhebl. B. <input type="checkbox"/> schw. B. <input type="checkbox"/> Verlust	→ _____	_____
Modul 6 _____	→ <input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> ger. B. <input type="checkbox"/> erhebl. B. <input type="checkbox"/> schw. B. <input type="checkbox"/> Verlust	→ _____	_____
Summe:		_____	_____