

Krankenhaus-, Rehabilitations- und Arztberichte	vorhanden	bereitet
Pflegeberichte , z.B. Überleitungsberichte von ambulanten und stationären Einrichtungen		
Pflegedokumentationen		
Vorliegende sozialmedizinische Gutachten , z.B. zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Rehabilitationsgutachten		
evtl. von der antragsstellenden Person vorgelegte Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf , z.B. Anfallskalender, Schmerzprotokolle		
Medikamentenplan und Medikamente		
Vollmachten und Verfügungen (z.B. Betreuungsverfügung)		

„Selbstständigkeitsmeter“

zur Vorbereitung auf den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) - Besuch

Name der/des Pflegebedürftigen: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

Dokumentieren Sie im Folgenden, wie selbstständig die „pflegebedürftige“ Person die aufgelisteten Alltagsverrichtungen ausführen kann, bzw. wo und wie viel Hilfe zur Ausführung der Tätigkeit benötigt wird.

1. Alltagsverrichtung	selbstständig	teilweise selbstständig	unselbstständig	Zeitaufwand für Hilfestellungen/Tag	Bemerkung
1.1 Körperpflege					
Waschen, Duschen, Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Darm- und Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Richten der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
1.2 Ernährung					
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
1.3 Mobilität					
Aufstehen / Zu-Bett-Gehen / Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Gehen / Bewegen im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Stehen, Aufstehen (Rollstuhl, Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Verlassen / Wiederaufsuchen (Haus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
				Gesamt	

2. Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen	selbstständig	teilweise selbstständig	unselbstständig	Zeitaufwand für Hilfestellungen/Tag	Bemerkung
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Blutzuckermessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Einhaltung von Diätvorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Wechseln von Windeln / Leeren eines Urin-/Stomabeutels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
An-/ Ausziehen von Kompressionsstrümpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Wundversorgung / Verbandwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	
Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min.	

3. Nächtliche Hilfen (z.B. bei Unruhe, Unterstützung bei Toilettengang, Umlagerung im Bett)

nicht erforderlich 1x / Nacht 2x / Nacht 3x / Nacht mehr als 3x / Nacht

4. Psychosoziale Hilfen (Zuwendung im Sinne von Zuspruch in depressiven Episoden, Anregung zur Beschäftigung, Hilfe bei Tagesstrukturierung, beim Schriftverkehr oder bei Behördengängen)

gelegentlich (1x täglich) mehrfach (2-6 mal täglich) häufig (7-12 mal täglich) andauernd (> 12 mal täglich)

5. Präsenz am Tag - auch Rufbereitschaft (Wie oft müssen Sie präsent sein, weil die betroffene Person nicht alleingelassen werden kann, lässt z.B. den Herd an oder läuft weg)

stundenweise (< 6 Stunden) überwiegend (6-12 Stunden) andauernd (> 12 Stunden) Es besteht über die Angehörigen hinaus regelmäßiger, sozialer Kontakt zu Nachbarn / Freunden

6. Organisation der Pflege und Versorgung

	ja	nein	Wie oft und in welchem Zeitumfang?	Worin besteht die Unterstützung?
Leben Angehörige in der Nähe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sind diese in die Betreuung involviert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ist ein Pflegedienst im Einsatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sind andere Helfer (z.B. Nachbarn, Freunde oder sonstige Personen) im Einsatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen nach § 45 SGB XI (niedrigschwellige Betreuungsleistungen, Tagespflege, oder Sonstiges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wer sorgt für die Hausführung (Einkaufen, Waschen, Putzen, etc.)?	Wer?			
Wohnsituation		Alleinlebend <input type="checkbox"/>	Zweipersonenhaushalt <input type="checkbox"/>	Mehrpersonenhaushalt <input type="checkbox"/>

7. Ärztliche Diagnosen

Halten Sie alle Dokumente für den Gutachter bereit, welche die Diagnosen und die Pflegebedürftigkeit nachweisen können (Arztbriefe, etc.) liegen bereit

Gibt es körperliche oder geistige Einschränkungen, wie etwas starke Schmerzen, Fettleibigkeit oder psychische Erkrankungen, die die Pflege / Betreuung beeinflussen / erschweren? ja
nein

Wenn ja, welche? _____

8. Weiter Anmerkungen