

**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  Einzelbetr.  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
<b>Erkennen von Personen</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>zeitliche Orientierung</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>örtliche Orientierung</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>verstehen, umsetzen, entscheiden</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>verbale Kommunikation</b>	<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"/>				
unten	<input type="checkbox"/>				
Haare	<input type="checkbox"/>				
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>				
<b>Bemerkung</b>					

**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

**biografisches Trinkverhalten:**  Ja  Nein

**Schluckstörungen:**  Ja  Nein  frisch  Ja  Nein  zum Teil

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

- 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"/>				
Hautpflege	<input type="checkbox"/>				
<b>Bemerkung</b>					

**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"/> § 45a-b SGB XI	<input type="checkbox"/>					
Telefonieren	<input type="checkbox"/> niedrigschwellige	<input type="checkbox"/>					
Soz. Kontakte pflegen	<input type="checkbox"/> Besuchsdienste	<input type="checkbox"/>					
Kulturelle Angebote	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/>					
Tag-/Nacht Rhythmus	<input type="checkbox"/> technische Hilfen	<input type="checkbox"/>					
<b>Bemerkung</b>						<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"/>
<b>Bewegung/ Mobilität</b>						<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"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/>					
Laufen	<input type="checkbox"/> Kontrakturen-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>					
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/>					
Verl. d. Wohnung	<input type="checkbox"/> Rückenschonung	<input type="checkbox"/>					
Transfer	<input type="checkbox"/> Hüftgurt	<input type="checkbox"/>					
Lagern	<input type="checkbox"/> Drehteller	<input type="checkbox"/>					
<b>Bemerkung</b>						<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"/>
<b>Bewältigung von und Umgang mit Therapie und Krankheit</b>						<input type="checkbox"/> Erkrankung	<input type="checkbox"/>
<b>Kenntnis/Wissen zur Erkrankung (aus Sicht der...)</b>						<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"/>
<b>grundsätzliche Compliance (Krankheitseinsicht)</b> <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"/>						
Vitalzeichenkontrolle	<input type="checkbox"/>						
<b>Bemerkung</b>						<input type="checkbox"/> § 7a, Pflegestützpunkte	
<b>Hauswirtschaft / Wohnumfeld</b>						<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"/> Wohnraumanpassung/	<input type="checkbox"/>					
Umgebungsgestalt.	<input type="checkbox"/> Entlastungsleistung, §45b SGB XI	<input type="checkbox"/>					
Einkauf	<input type="checkbox"/> Demenzberatung	<input type="checkbox"/>					
Organisation	<input type="checkbox"/> § 7a, Pflegestützpunkte	<input type="checkbox"/>					
<b>Bemerkung</b>							
<b>Entwicklungspotential in diesem Feld:</b> <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

**Erleben Sie Anzeichen einer starken körperlichen Belastung und Beschwerden?**

	<b>gar nicht</b>	<b>ein wenig</b>	<b>mäßig</b>	<b>deutlich</b>	<b>k.A.</b>
Pflegende/r	<input type="checkbox"/>				

**Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Leben durch die Pflege verändert hat?**

	<b>gar nicht</b>	<b>ein wenig</b>	<b>mäßig</b>	<b>deutlich</b>	<b>k.A.</b>
Gepflegte/r	<input type="checkbox"/>				
Pflegende/r	<input type="checkbox"/>				

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

	<b>gar nicht</b>	<b>ein wenig</b>	<b>mäßig</b>	<b>deutlich</b>	<b>k.A.</b>
Gepflegte/r	<input type="checkbox"/>				
Pflegende/r	<input type="checkbox"/>				

**Machen Ihnen die pflegebedingten Veränderungen Angst?**

	<b>gar nicht</b>	<b>ein wenig</b>	<b>mäßig</b>	<b>deutlich</b>	<b>k.A.</b>
Gepflegte/r	<input type="checkbox"/>				
Pflegende/r	<input type="checkbox"/>				

**Erleben Sie Anzeichen von Erschöpfung? (ggf. Welche)**

	<b>Nie</b>	<b>selten</b>	<b>manchmal</b>	<b>oft</b>	<b>k.A.</b>
Pflegende/r	<input type="checkbox"/>				

**Bemerken Sie bei sich in der Pflegesituation gelegentlich Ärger, Wut oder Zorn?**

	<b>Nie</b>	<b>selten</b>	<b>manchmal</b>	<b>oft</b>	<b>k.A.</b>
Gepflegte/r	<input type="checkbox"/>				
Pflegende/r	<input type="checkbox"/>				

**Haben Sie manchmal ein schlechtes Gewissen?**

	<b>Nie</b>	<b>selten</b>	<b>manchmal</b>	<b>oft</b>	<b>k.A.</b>
Gepflegte/r	<input type="checkbox"/>				
Pflegende/r	<input type="checkbox"/>				

**Erleben Sie seit Pflegebeginn persönliche Einschränkungen?**

	<b>Nie</b>	<b>selten</b>	<b>manchmal</b>	<b>oft</b>	<b>k.A.</b>
Pflegende/r	<input type="checkbox"/>				
Gepflegte/r	<input type="checkbox"/>				

**Wenn ja, in welchen Bereichen?**

Hobbies	<input type="checkbox"/>	Kultur	<input type="checkbox"/>	Freunde	<input type="checkbox"/>
soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>	Finanzen	<input type="checkbox"/>	Anderes	<input type="checkbox"/>

**Wünschen Sie sich zusätzliche Unterstützung?**

	<b>Nie</b>	<b>selten</b>	<b>manchmal</b>	<b>oft</b>	<b>k.A.</b>
Pflegende/r	<input type="checkbox"/>				

**Durch wen, wer könnte Sie entlasten?**

**Bemerkungen:**

**Entwicklungspotential i. Feld?**  Ja  Nein  durch Beratung (s.rechts)  oder durch:

**Beratung zu  
erfolgt**

**empfohlen**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflege in Not                | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Telefonseelsorge             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gesprächsgruppen             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> pflegen-und-leben.de         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pflegebegleiter              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfe                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pflegekurse                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> andere Beratungsstellen      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> §7a, Pflegestützpunkte       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Demenzberatungsstelle        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Reha-/Präventionsberatung    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Finanz-/Schuldnerberatung    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Jugend- und Familienberatung | <input type="checkbox"/> |