

## Der Pflegestützpunkt im Kreis Pinneberg informiert:

### Tipps und Hinweise wenn der MDK kommt

1. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen der zuständig ist für die Einschätzung ob eine Pflegestufe angezeigt ist, meldet sich immer schriftlich an
2. Der Gutachter ist verpflichtet sich ein Bild vom Hilfebedarf des Antragstellers zu machen, es ist hilfreich wenn die Hauptpflegeperson dabei ist. Die Angaben zu den Hilfestellungen sollten wahrheitsgemäß sein. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen den Hilfestellungen im pflegerischen Bereich (waschen, anziehen, Nahrungsaufnahme, Intimhygiene) und dem betreuenden Bereich (Beaufsichtigung, Begleitung) bei dementen Angehörigen.
  - Wenn es einen Betreuer (per eigener Verfügung oder vom Gericht) für den Bereich Gesundheitspflege gibt sollte dieser ebenfalls zugegen sein.
  - Werden Sie bereits von einem Pflegedienst unterstützt, kann es hilfreich sein, wenn auch dieser vertreten ist. Hierdurch können Ihnen Kosten für die aufgewendete Zeit entstehen.
3. Halten Sie diese Unterlagen / Informationen für den Gutachter griffbereit oder führen sie unten auf
  - a. Pflegetagebuch, wenn es geführt wurde
  - b. Falls ein Pflegedienst bereits unterstützt, deren Pflegedokumentation
  - c. Angaben zur Anwesenheit der Pflegeperson, wenn diese nicht im Haushalt lebt bzw. Zeitangaben für Hilfestellung bei ständiger Anwesenheit
  - d. Angaben zu behandelnden Ärzten und wie oft diese aufgesucht werden
  - e. Angaben zu Klinikaufenthalten oder Kuren oder Rehamassnahmen
  - f. Aktuelle Medikation
  - g. Vorhandene Hilfsmittel
  - h. Angaben zu Therapien (wo, wie oft)
  - i. Betreuung durch sonstige Einrichtungen

Sie können die Angaben auch hier notieren:

Zu c:

**Die Hauptpflegeperson ist:**

Partner / Tochter / Schwiegertochter / Nachbarin / sonstige Verwandtschaft

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

Anwesenheit:

Täglich von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_ x wöchentlich \_\_\_\_\_ Stunden

Wenn der MDK kommt

zu d:

**Hausarzt** ist:

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

**Hausarzt** Er / Sie wird wöchentlich \_\_\_\_\_ mal aufgesucht

Er / Sie wird monatlich \_\_\_\_\_ mal aufgesucht

- Der Arzt kommt ins Haus
- Der Pflegebedürftige geht alleine hin
- Der Pflegebedürftige muss begleitet werden weil: \_\_\_\_\_

**Weitere Ärzte** sind:

Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

Er / Sie wird wöchentlich \_\_\_\_\_ mal aufgesucht

Er / Sie wird monatlich \_\_\_\_\_ mal aufgesucht

- Der Arzt kommt ins Haus
- Der Pflegebedürftige geht alleine hin
- Der Pflegebedürftige muss begleitet werden weil: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

Er / Sie wird wöchentlich \_\_\_\_\_ mal aufgesucht

Er / Sie wird monatlich \_\_\_\_\_ mal aufgesucht

- Der Arzt kommt ins Haus
- Der Pflegebedürftige geht alleine hin
- Der Pflegebedürftige muss begleitet werden weil: \_\_\_\_\_

Zu e:

**In den vergangenen vier Jahren war die / der Pflegebedürftige in folgender Klinik / Reha- Einrichtung**

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

Zeitraum:

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Zu f:

**Aktuelle Medikation:**

Medikamentenname	morgens / mittags / abends / nachts						
_____	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>

Die Medikamente

- werden selbständig vom Pflegebedürftigen zusammengestellt
- werden von der Pflegeperson gestellt
- werden durch den Pflegedienst gestellt
- werden alleine genommen
- müssen gereicht werden
- werden verweigert
- werden nur von Fremdpersonen angenommen
- müssen heimlich verabreicht werden z.B. in Getränken oder Essen.

Wenn der MDK kommt

Zu g:

**Vorhandene Hilfsmittel:**

Nutzung durch Pflegebedürftigen

- |   | ja                       | / | nein                     |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille                                   | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät                                 | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe / Stock                         | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe / Rollator                      | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl / Pflegerollstuhl              | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Therapietisch für Rollstuhl              | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haltegurte für Rollstuhl                 | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Duschsitz                                | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Badewannensitz / -lifter                 | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haltegriffe im Bad / Flur / Schlafzimmer | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Notrufklingel                            | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |

**Inkontinenzhilfen:**

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kleine Vorlagen | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Windeln         | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Betteinlagen    | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |

Weiteres:

- |                                |                          |  |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |

Zu h:

**Verordnete Heilmittel:**

- | Maßnahme  | wie oft wchtl. | zu Hause / in Praxis                                |
|---|----------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie           | _____          | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sprachtherapie         | _____          | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie | _____          | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> _____                  | _____          | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> _____                  | _____          | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> _____                  | _____          | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

- Die Therapie findet zu Hause statt
- Der Pflegebedürftige geht alleine
- Der Pflegebedürftige muss begleitet werden weil: \_\_\_\_\_

Wenn der MDK kommt

Zu i:

**Der Pflegebedürftige nutzt folgende Entlastungsangebote:**

- Betreuungsgruppe  
\_\_\_\_\_wöchentlich \_\_\_\_\_ Stunden
- Tagespflegestätte  
\_\_\_\_\_wöchentlich \_\_\_\_\_ Stunden
- ehrenamtliche Hilfen  
\_\_\_\_\_wöchentlich \_\_\_\_\_ Stunden

Es bestehen erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz gemäß der Aufstellung im Bogen „Wenn der MDK kommt, Alltagskompetenz“

Kontakt

**PflegeStützpunkt im Kreis Pinneberg**

Heinrich-Christiansen-Straße 45  
25421 Pinneberg

Telefon: 041 01 - 55 54 64

Telefax: 041 01 - 59 97 97

Email: [pflgestuetzpunkt@kreis-pinneberg.de](mailto:pflgestuetzpunkt@kreis-pinneberg.de)

Website: [www.pflege.schleswig-holstein.de](http://www.pflege.schleswig-holstein.de)

Website: [www.pflegeberatungs.info](http://www.pflegeberatungs.info)

Sprechzeiten:

Montag, Dienstag und Donnerstag:

10.00 Uhr – 12.30 Uhr

Weitere Termine nach Absprache.