

Datum:
 Telefon: 233-48393
 Telefax: 233-48378
 fachdienstpflege.soz@muenchen.de

Sozialreferat
 Amt für Soziale Sicherung
 Abteilung Inklusion und Pflege
 S-I-IP 4
 Fachdienst Pflege

I. Pflegegutachten zur Bedarfsfeststellung nach SGB XII

Inhalte:

1. Anlass, Hausbesuch
2. Grunddaten
3. Ist-Situation
4. Bedarfsfeststellung und Begründung
5. Informationen an begutachtete Person
6. Fazit

1. Anlass, Hausbesuch

- Neuantrag Weiterbewilligung Widerspruch Folgebegutachtung Sonstiges

1.1 Gegenstand des Gutachtens/Fragestellung

- Ist die pflegerische Versorgung gesichert oder werden weitere Leistungen benötigt?
 Ist die pflegerische Versorgung bedarfsgerecht organisiert?
 Wie stellt sich die aktuelle pflegerische Versorgung dar?
 Ist die pflegerische Versorgung angemessen?
 Sind die pflegerischen Leistungen im beantragten/bewilligten Umfang (LK's) erforderlich und angemessen?
 Welche Synergieeffekte sind für Frau/ Herrn nutzbar bzw. möglich?
 Sind Synergieeffekte (LK's) in der Haushaltsgemeinschaft nutzbar und welche?
 Sonstiges:

1.2. Hausbesuch durchgeführt am von bis Uhr

1.3 Teilnehmende

- , pflegebedürftige Person
-
- , Gutachterin

2. Grunddaten

Zuleitung durch: S-IV-SBH-

2.1 Stammdaten

Name, ggf. Geburtsname, Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Nationalität	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend

Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: v.H.
Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> GL
Straße, Hausnummer, Zusätze (c/o), Stockwerk, Aufzug (gemeldeter Wohnort)	
Postleitzahl, Ort, Stadtbezirk	
Telefon, Telefax, E-Mail-Adresse	

2.2 Wohnen

<input type="checkbox"/> Einpersonenhaushalt	
<input type="checkbox"/> Mehrpersonenhaushalt	<input type="checkbox"/> Ehe/Lebenspartner/-in
	<input type="checkbox"/> Eltern/-teil / Kinder / Geschwister
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Wohnform	<input type="checkbox"/> ambulant betreute Wohngemeinschaft
	<input type="checkbox"/> Wohnen im Viertel (GEWOFAG)
	<input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung gemäß SGB IX
	<input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung gem. SGB XI
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

2.3 Kontaktperson¹

Angehörige/Bezugsperson Bevollmächtigte(r) rechtliche(r) Betreuerin/Betreuer
 Sonstige

Bei Bevollmächtigung/rechtlicher Betreuung:

Bevollmächtigung/rechtliche Betreuung/	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> mit Einwilligungsvorbehalt <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> andere Bereiche
Name, Vorname ggf. verwandtschaftliches Verhältnis	
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort	
Telefon; Telefax; E-Mail-Adresse	

2.4 Übersetzung

Dolmetscher/-in erforderlich

ja

nein

Gebärdendolmetscher/-in erforderlich

ja

nein

¹ Hinweis: Duplizierung des Feldes bei mehreren gesetzlichen Betreuungen möglich

3. Ist-Situation

3.1. Biografie nicht relevant in Bezug zur Fragestellung Bezug zur Fragestellung:

3.2 Soziale Kontakte/ Betreuung

3.3 Individuelles Versorgungsarrangement nach Aktenlage (mehrfache Nennung möglich)

Leistungserbringer		
<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Arbeitgebermodell	<input type="checkbox"/> pflegende Angehörige
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftlicher Dienst	<input type="checkbox"/> Persönliches Budget	<input type="checkbox"/> Selbstständige/Honorarkräfte
<input type="checkbox"/> Tagespflege (teilstationär)	<input type="checkbox"/> Nachtpflege (teilstationär)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges/Private:		
Versorgender ambulanter Pflegedienst:		

3.4 Pflegerische Versorgung

3.4.1 Pflegebedürftigkeit nach SGB XI nach Aktenlage

Pflegeversichert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht erhoben
Pflegestufe seit befristet bis	<input type="checkbox"/> keine Pflegestufe <input type="checkbox"/> unterhalb PS I <input type="checkbox"/> PS I <input type="checkbox"/> PS II <input type="checkbox"/> PS III <input type="checkbox"/> Härtefall
Eingeschränkte Alltagskompetenz seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> erheblich <input type="checkbox"/> in erhöhtem Maße

3.4.2 Screening zur Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz² (Demenz, psychische Erkrankung)

nicht relevant in Bezug zur Fragestellung Ja, wie folgt:

Bereiche	unauffällig	auffällig
Orientierung (örtlich, zur Person, zeitlich, situativ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrieb/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² Einschätzung erfolgt gemäß der Kriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Tag-/ Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung und Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation/ Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situatives Anpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es Hinweise auf eine eingeschränkte Alltagskompetenz? ja nein

Resultiert aus mindestens einer der in der Tabelle festgestellten Auffälligkeit regelmäßig und auf Dauer ein Beaufsichtigungsbedarf ja nein

Die Alltagskompetenz im Sinne des § 45 a Abs. 2 SGB XI

erheblich eingeschränkt in erhöhtem Maße eingeschränkt

Begründung bei festgestellter eingeschränkter Alltagskompetenz:
MDK/RGU vom

3.5 Gesundheitliche Versorgung

3.5.1 Diagnose/Behinderung :

3.5.2 (Fach-)Ärztliche Versorgung

ja

nein

Name, Fachrichtung	Hausbesuche		Häufigkeit	
	ja	nein	pro Woche	pro Monat
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Arztbesuche/Hausbesuche:

3.5.3 Behandlungspflege

Medikamente:

Richten durch:

Selbstständige Einnahme Hilfestellung bei der Einnahme

Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V):

3.5.4 Aktuelle Therapie(n)

3.5.5 Vorhandene Hilfsmittel Ja, und zwar nicht relevant in Bezug zur Fragestellung**4. Bedarfsfeststellung und Begründung****4.1 Organisation der Versorgung****4.2 Pflegerische Versorgung****4.2.1 Körperpflege****4.2.1.1 Festgestellter Bedarf****4.2.1.2 Begründung**

Hilfebedarf bei	Form der Hilfe				
	K	U	TÜ/ VÜ	B	A
Waschen					
Duschen					
Baden					
Zahnpflege					
Rasieren/Kämmen					
Blasen-Darmentleerung					
Inkontinenzversorgung					

Legende: K = Keine Unterstützung U = Unterstützung TÜ = teilweise Übernahme
VÜ = vollständige Übernahme B = Beaufsichtigung A = Anleitung

4.2.2 Nächtlicher Grundpflegebedarf nicht relevant in Bezug zur Fragestellung

nein ja, Begründung:**4.2.3 Ernährungszustand****4.2.3.1 Festgestellter Bedarf****4.2.3.2 Begründung**

Hilfebedarf bei	Form der Hilfe				
	K	U	TÜ/ VÜ	B	A
Nahrungsaufnahme					
Flüssigkeitszufuhr					
Zubereitung der Mahlzeit					

Legende: K = Keine Unterstützung U = Unterstützung TÜ = teilweise Übernahme
VÜ = vollständige Übernahme B = Beaufsichtigung A = Anleitung

4.2.4 Mobilität**4.2.4.1 Festgestellter Bedarf****4.2.4.2 Begründung**

Hilfebedarf bei	Form der Hilfe				
	K	U	TÜ/ VÜ	B	A
Aufstehen/Zu-Bett-gehen					
An- und Auskleiden					
Gehen					
Stehen (Transfer)					
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung					

Legende: K = Keine Unterstützung U = Unterstützung TÜ = teilweise Übernahme
VÜ = vollständige Übernahme B = Beaufsichtigung A = Anleitung

4.2.5 Kommunikationsmöglichkeiten

4.2.5.1 Festgestellter Bedarf

4.2.5.2 Begründung

4.2.6 Nervensystem/Psyche, eingeschränkte Alltagskompetenz

4.2.6.1 Festgestellter Bedarf

4.2.6.2 Begründung

4.2.7 Vitalzeichen

4.2.7.1 Festgestellter Bedarf

4.2.7.2 Begründung

4.3 Haushaltsführung (hauswirtschaftliche Versorgung)

4.3.1 Festgestellter Bedarf

4.3.2 Begründung

4.4 Wohnen

4.4.1 Wohnform/ Wohnung (behindertengerecht, barrierefrei, Weiteres)

4.4.1.1 Festgestellter Bedarf

4.4.1.2 Begründung

4.5 Gesundheitliche Versorgung

Zusätzlicher Hilfsmittelbedarf nein ja, und zwar

5. Informationen an begutachtete Person

5.1 Hinzuziehung

FhV BSA Sonstige, und zwar:

Begründung der Notwendigkeit:

5.2 Die Zusendung des Gutachtens

durch das Sozialbürgerhaus an

die begutachtete Person die bevollmächtigte Person rechtliche Betreuung ist erwünscht.

6. Fazit

6.1 Gegenstand des Gutachtens / Fragestellung

- Ist die pflegerische Versorgung gesichert oder werden weitere Leistungen benötigt?
- Ist die pflegerische Versorgung bedarfsgerecht organisiert?
- Wie stellt sich die aktuelle pflegerische Versorgung dar?
- Ist die pflegerische Versorgung angemessen?
- Sind die pflegerischen Leistungen im beantragten/bewilligten Umfang (LK's) erforderlich und angemessen?
- Welche Synergieeffekte sind für Frau/ Herrn nutzbar bzw. möglich?
- Sind Synergieeffekte (LK's) in der Haushaltsgemeinschaft nutzbar und welche?
- Sonstiges:

6.2 Antwort auf die Fragestellung, Begründung

6.3 Versorgungsform

- Die häusliche Versorgung ist in geeigneter Weise sichergestellt. ja nein
Aus pflegfachlicher Sicht wird die derzeitige Versorgungsform als angemessen eingeschätzt. ja nein

6.4 Informationen zu den Leistungskomplexen

- Der bewilligte/beantragte Hilfebedarf hat sich verändert ja nein

6.5 Weitergehende Empfehlung / Einbezug weiterer zuständiger Stellen

7. Die Bearbeitung verzögerte sich weil:

(Hinweis: Anlage zum Gutachten **nicht** mit versenden, ist verwaltungsintern)

- Einbezug von
 - FhV BSA
 - Sonstiges, und zwar:

Datum, Unterschrift

