

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"/> Einzelpersonenhaushalt	
<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

