

ERHEBUNGSBLATT
zur Feststellung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit
von Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen

Name des Heimbewohners:
Versicherungsnummer:
Pensionsversicherungsanstalt (Entscheidungsträger):

**Für den Heimbewohner wären auch außerhalb des Heimes folgende
Hilfseinrichtungen notwendig:**

1. Beschaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten
2. Reinigung der Wohnung und des Wohnungsinventars
3. Pflege der Leib- und Bettwäsche
4. Beheizung des Wohnraumes (das Heim ist mit Zentralheizung
ausgestattet)
5. Mobilitätshilfe

**Folgende Betreuungstätigkeiten sind unbedingt erforderlich und können trotz
zumutbarer Hilfsmittel nicht allein verrichtet werden:**

6. An- und Auskleiden
7. Tägliche Körperpflege
8. Zubereitung der Mahlzeiten
9. Einnehmen der Mahlzeiten
10. Eingeben der Mahlzeiten
11. Verrichten der Notdurft
12. Reinigung bei Inkontinenz
13. Anus-*praeter*-Pflege
14. Kanülen-Pflege
15. Katheter-Pflege
16. Einläufe
17. Der Heimbewohner ist geistig/psychisch behindert und bedarf bei der
Durchführung unter Punkt _____ der Anleitung sowie der
Beaufsichtigung.

Pauschaleinstufungen – der Patient ist:

18. hochgradig sehbehindert
19. blind
20. taubblind
21. Gebrauch eines Rollstuhls -
kein Ausfall von Funktionen der oberen Extremitäten und weder eine
Stuhl- oder Harninkontinenz noch eine Blasen- oder Mastdarmlähmung
22. Gebrauch eines Rollstuhls -
kein Ausfall von Funktionen der oberen Extremitäten jedoch eine Stuhl-
oder Harninkontinenz bzw. eine Blasen- oder Mastdarmlähmung
23. Gebrauch eines Rollstuhls -

- Ausfall von Funktionen der oberen Extremitäten
24. o Bei angeführtem Heimbewohner liegt ständiger Pflegebedarf vor, weil dieser täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich regelmäßig angeführten Pflege bedarf
25. o Dauernde Rufbereitschaft, weil außergewöhnlicher Pflegefall vorliegt - siehe oben und Rückseite des Formulars
26. o Dauernde Beaufsichtigung, weil außergewöhnlicher Pflegefall vorliegt - siehe oben und Rückseite des Formulars
27. o Völlig bewegungsunfähig

Folgende Leistungen werden vom Heim dauernd erbracht und sind im gegenständlichen Fall unbedingt erforderlich:

28. o Blutzuckerkontrolle (ständig), Grund: _____
29. o Blutdruckkontrolle (ständig), Grund: _____
30. o Sondenernährung - Art der Sonde: _____
31. o i.m.- oder s.c.-Spritzen - Grund: _____
32. o Insulin - Grund: _____
33. o Decuprophylaxe
34. o Decupflege
35. o Intertrigopflege
36. o Stuhlbeobachtungen - Ileusgefahr
37. o Marcoumar-Therapie, Überwachung
38. o Asthmaanfälle
39. o Parkinson-Überwachung - psychisches Verhalten
40. o Verbandwechsel, Grund: _____
41. o Allergie
42. o Juckreiz
43. o Aggression - Verwirrtheit
44. o Schizophrenie
45. o Depressiv - Patient muss ständig motiviert werden
46. o Manisch depressiv
47. o Chron. Alkoholiker
48. o Mobilisation - Rekreation, Grund: _____
49. o _____
50. o _____

Ort, Datum

Pflegedienstleitung

Heimleitung

Hausarzt