

**JOKO****Joachim Koch. Dipl.-Kfm.****Blomberger Str. 77****33102 Paderborn****E-Mail: joko1@joko1.de**

Telefon 0 52 51 - 48 01 43 · Telefon 01 60 - 8 07 76 75 · Fax 0 52 51 - 49 03 39  
joko1@joko1.de · www.joko1.de

**Das Formular dient der eigenen Einschätzung Ihrer Pflegebedürftigkeit und Ihrer Vorbereitung auf den Besuch des Medizinischen Dienstes (MDK) Ihrer Pflegeversicherung.**

Auf der Basis dieses Formulars ermitteln wir den Pflegegrad aufgrund der rechtlichen Grundlagen.

Bitte senden Sie uns dieses ausgefüllte Formular als Anhang als E-Mail oder per Post zu.

Für die Berechnung wird eine Gebühr in Höhe von 35.00 EUR im Voraus fällig. Die Kontendaten gehen Ihnen getrennt in einer Bestätigungs-E-Mail zu.

Die Zusendung des ermittelten Pflegegrades erfolgt ebenfalls per E-Mail oder auf Wunsch per Post (Versandkosten).

(Die Veröffentlichung und Weitergabe dieses Formulars ist nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Autors erlaubt – © JOKO.)

<b>Ihr Name:</b>	<b>Ihr Vorname:</b>	<b>Ihre Postanschrift für die Postzusendung und Quittung Ihre E-Mailanschrift für die elektronische Postzusendung</b>

**Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Ziffern / ja bzw. nein deutlich an:**

<b>Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität</b>					
<b>Ziffer</b>	<b>Kriterien</b>	<b>selbstständig</b>	<b>überwiegend selbstständig</b>	<b>überwiegend unselbstständig</b>	<b>unselbstständig</b>
1.01	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.02	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.03	Umsetzen	0	1	2	3
1.04	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.05	Treppensteigen	0	1	2	3

Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Ziffern / ja bzw. nein deutlich an:

<b>Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten</b>					
Ziffer	Kriterien	Fähigk.vor- handen. un- beeinträch- tigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.01	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.02	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.03	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.04	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.05	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.06	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.07	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.08	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.09	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

<b>Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen</b>					
Ziffer	Kriterien	nie oder selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.01	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	3	5
3.01	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.02	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.03	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.04	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.05	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.06	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.07	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.08	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.09	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5

Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Ziffern / ja bzw. nein deutlich an:

3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

<b>Modul 4: Einzelpunkte im Bereich Selbstversorgung</b>					
	<b>Kinder bis 18 Monate?</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>		
<b>Ziffer</b>	<b>Kriterien</b>	<b>selbstständig</b>	<b>überwiegend selbstständig</b>	<b>überwiegend unselbstständig</b>	<b>unselbstständig</b>
4.01	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.02	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege / Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.03	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.04	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.05	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.06	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.07	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.08	Essen	0	3	6	9
4.09	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
	<b>zu 4.10 überwiegend oder komplett inkontinent oder künstliche Ableitung Stuhl bzw. Harn?</b>	ja	nein		
4.11	Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3
	<b>zu 4.08 Sondenernährung?</b>	ja	nein		
	nur bei Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten		Keine, nicht täglich oder nicht auf Dauer	Täglich, zusätzlich zu oraler Nahrung	ausschließlich oder nahezu ausschließlich
			0	6	3
	<b>ODER</b>				

Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Ziffern / ja bzw. nein deutlich an:

	<b>zu 4.08 Essen - parenterale Ernährung</b>	ja	nein		
	nur bei Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten		Keine, nicht täglich oder nicht auf Dauer	Täglich, zusätzlich zu oraler Nahrung	ausschließlich oder nahezu ausschließlich
			0	6	3

<b>Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen</b>					
	<b>Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)</b>	<b>*) Termine</b>			
<b>Ziffer</b>	<b>Kriterien in Bezug auf</b>	<b>entfällt oder selbstständig</b>	<b>täglich pro Monat *)</b>	<b>oder wöchentlich *)</b>	<b>oder monatlich *)</b>
5.01	Medikation	0			
5.02	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.03	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.04	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.05	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.06	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.07	Körpernahe Hilfsmittel	0			
5.08	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.09	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
5.13	Arztbesuche	0			
	<b>- davon länger als drei Stunden</b>	0	XXXXXXXXXX		
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0			XXXXXXXXXX
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0			XXXXXXXXXX
5K	<b>Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern</b>	0			XXXXXXXXXX
<b>Ziffer</b>	<b>Kriterien in Bezug auf</b>	<b>entfällt oder selbstständig</b>	<b>überwiegend selbstständig</b>	<b>überwiegend unselbstständig</b>	<b>unselbstständig</b>
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Das Formular dient Ihrer eigenen Einschätzung der Pflegebedürftigkeit.

Seite 5

Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Ziffern / ja bzw. nein deutlich an:

<b>Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten</b>					
Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.01	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.02	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.03	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.04	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.05	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.06	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3