

<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung:	<input type="checkbox"/> keine
--	--------------------------------

2. Anlass der Pflegebedarfsermittlung

2.1 Antragsart

Wählen Sie ein Element aus.

2.2 neu beantragte Leistungen

<input type="checkbox"/> häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst	<input type="checkbox"/> stationäre Versorgung
<input type="checkbox"/> Versorgung in einer (ambulant betreuten) Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> Pflegegeld
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege pflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeit-
<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> Hausnotruf
<input type="checkbox"/> Arbeitgebermodell	<input type="checkbox"/> Entsendemodell
<input type="checkbox"/> wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§§ 64b, 70)	<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern
<input type="checkbox"/> Leistungen der Eingliederungshilfe, und zwar:	

Leistungswährung als persönliches Budget: nein ja

Sonstiges / weitere Informationen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

2.3 Laufende / bisherige Leistungen nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung

Hilfe zur Pflege: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. *oder* siehe Bescheid vom Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Pflegegeld: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. *oder* siehe Bescheid vom Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Leistungen der Eingliederungshilfe: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. *oder* siehe Bescheid vom Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Ein Hausnotrufsystem ist Wählen Sie ein Element aus.

Essen auf Rädern Wählen Sie ein Element aus. Häufigkeit: Wählen Sie ein Element aus.

Sonstiges / weitere Informationen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

2.4 Vorhandene / verwendete Unterlagen

Medizinische Akte		
Hauptakte		
Kostenvoranschlag		
Pflegedokumentation	<input type="checkbox"/> nein: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> Pflegeplanung, Stand: <input type="checkbox"/> Leistungsnachweis, Zeitraum: <input type="checkbox"/> Maßnahmenplanung, Stand: <input type="checkbox"/> Strukturierte Informationssammlung (SIS), Stand: <input type="checkbox"/> Pflegeberichte, Zeitraum: <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Sonstiges		

3. Relevante Befunde und Diagnosen

pflegebegründende Diagnosen des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit s. Punkt 1.3
 weitere Diagnosen (inkl. Quellenangabe): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

4. Vorgehensweise	
4.1 Bearbeitungsart	
<input type="checkbox"/> Aktenlage <input type="checkbox"/> Telefonkonferenz <input type="checkbox"/> Videokonferenz <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Telefonat <input type="checkbox"/> Hausbesuch <input type="checkbox"/> Personenkonferenz in den Räumlichkeiten des Bezirks <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
4.2 Durchführungszeitpunkt der Konferenz <input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die gewählte Bearbeitungsart	
Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.	Uhrzeit:
4.3 Gesprächsteilnehmende <input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die gewählte Bearbeitungsart	
Leistungsberechtigte Person (LP)	Siehe 1.1
Vertreter(in) des Bezirks Oberbayern Fachdienst	
Vertreter(in) des Bezirks Oberbayern Sachbearbeitung	
<i>Hinweis: Alle Anwesenden wurden über den Zweck des Gesprächs und das weitere Vorgehen (Ablauf des Gesprächs, Kostenübernahme, Widerspruchsmöglichkeit etc.) informiert. Die Teilnehmenden wurden gebeten, den pflegerischen Hilfebedarf zu beschreiben. Es wurde darauf hingewiesen, dass zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit besteht, Ergänzungen einzubringen.</i>	

5. Befunderhebung	
5.1 Wohnsituation <input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
5.2 Bedarfsgemeinschaft <input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
<input type="checkbox"/> Es liegt keine Bedarfsgemeinschaft vor. <input type="checkbox"/> Die pflegerische Versorgung erfolgt in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft. <input type="checkbox"/> Die pflegerische Versorgung erfolgt in einer Bedarfsgemeinschaft mit weiteren pflegebedürftigen Personen: Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus. <input type="checkbox"/> weitere, im Haushalt lebende, Person/en: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
5.3 Bisherige Versorgungssituation <input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
<input type="checkbox"/> Die bisherige Versorgung erfolgte selbstständig. <input type="checkbox"/> Die bisherige Versorgung erfolgte durch Pflegepersonen. <input type="checkbox"/> Die bisherige Versorgung erfolgte durch den ambulanten Pflegedienst. <input type="checkbox"/> Die bisherige Versorgung erfolgte durch einen anderen ambulanten Pflegedienst. <input type="checkbox"/> Bisheriger Versorgungsumfang: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. oder siehe Punkt 2.3. <input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	

5.4 Aktuelle Versorgungssituation			
<input type="checkbox"/> detaillierter Tagesablauf s. Anlage 3 (optional)			
5.4.1 Leistungserbringer		<input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
Der aktuelle Leistungserbringer ist seit / ab Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. in die Versorgung integriert in den Bereichen:			
<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen Wählen Sie ein Element aus.			
<input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung Wählen Sie ein Element aus.			
<input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen Wählen Sie ein Element aus.			
<input type="checkbox"/> Behandlungspflegerische Leistungen gem. SGB V Wählen Sie ein Element aus.			
Einsatzintervall: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
5.4.2 Pflegeperson/-en		<input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
Die (eingetragene/-n) Pflegeperson/-en übernehmen folgende Tätigkeiten:			
<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
<input type="checkbox"/> Hilfen bei der Haushaltsführung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
<input type="checkbox"/> Pflegerische Betreuungsmaßnahmen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
<input type="checkbox"/> Behandlungspflegerische Leistungen gem. SGB V Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
5.4.3 Nutzung weiterer Unterstützungsangebote		<input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
<input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Helfer <input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe <input type="checkbox"/> Besuchsdienst			
<input type="checkbox"/> Tagespflege Wählen Sie ein Element aus.			
<input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
5.4.4 Ärztliche Anbindung		<input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
<input type="checkbox"/> Hausärztliche Versorgung Wählen Sie ein Element aus.			
<input type="checkbox"/> Fachärztliche Versorgung Wählen Sie ein Element aus.			
Ergänzende Informationen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
Eine Begleitung zu Arztterminen ist Wählen Sie ein Element aus.			
5.4.5 Therapeutische Anbindung		<input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie: Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus.			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie: Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus.			
<input type="checkbox"/> Logopädie: Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus.			
<input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			
Eine Begleitung zu Therapieterminen ist Wählen Sie ein Element aus.			
5.4.6 Hilfsmittelausstattung		<input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Hebelifter	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Urinalkondom
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Deckenlifter	<input type="checkbox"/> Bettschutzeinlagen	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Wannenlifter	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/> Wannensitz	<input type="checkbox"/> Zahnprothese(n)	<input type="checkbox"/> Urinflasche
<input type="checkbox"/> Aufstehhilfe	<input type="checkbox"/> Wannensbrett	<input type="checkbox"/> Hörgerät(e)	<input type="checkbox"/> IK-Versorgung (Pants / Einlagen)

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Duschstuhl /-hocker	<input type="checkbox"/> Hausnotrufsystem	<input type="checkbox"/> DK-Versorgung / Stoma
<input type="checkbox"/> Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.			

6. Bedarfsermittlung

6.1 Mobilität nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6.3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6.4 Selbstversorgung nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

nächtlicher Grundpflegebedarf: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6.5 Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V nein
 ja:
Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus.
Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus.
Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus.
Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus.
Wählen Sie ein Element aus. Wählen Sie ein Element aus.

6.6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6.7 Außerhäusliche Aktivitäten nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung

Fortbewegen im außerhäuslichen Bereich	<i>Selbstständig (ohne Begleitung)</i>	<i>überwiegend selbstständig (mit Unterstützung aber auch Eigenaktivität)</i>	<i>überwiegend unselbstständig (Hilfe durch eine Person)</i>	<i>überwiegend unselbstständig (Hilfe durch zwei Personen)</i>
Verlassen des Bereiches der Wohnung / Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Selbstständig (ohne Begleitung)</i>	<i>Nur auf gewohnten Wegen selbstständig</i>	<i>Auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich</i>	<i>Auch mit personeller Hilfe nicht möglich</i>
Fortbewegen außerhalb der Wohnung / Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Selbstständig</i>	<i>Benötigt Hilfe beim Ein- und Aussteigen</i>	<i>Benötigt Hilfsperson zusätzlich zum Fahrer während der Fahrt</i>	<i>Fahren in PKW/Taxi nicht mögl., Liegendtransport oder T. im Rollstuhl notwendig</i>

Mitfahren in einem Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Aktivitäten				
	<i>Teilnahme selbstständig möglich</i>	<i>Teilnahme nicht selbstständig möglich</i>	<i>Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich</i>	
Teilnahme an kulturellen religiösen oder sportlichen Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besuch eines Arbeitsplatzes (<input type="checkbox"/> entfällt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.				
6.8 Haushaltsführung <input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung				
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.				

7. Synergieeffekte der bestehenden Bedarfsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> nicht relevant in Bezug auf die Fragestellung	
<input type="checkbox"/> Haushaltsführung: <input type="checkbox"/> Zubereitung von Mahlzeiten <input type="checkbox"/> Einkauf <input type="checkbox"/> Wäsche waschen <input type="checkbox"/> grobe Reinigungsarbeiten / Reinigung Gemeinschaftsräume <input type="checkbox"/> Sonstige:	
<input type="checkbox"/> Anfahrtspauschale <input type="checkbox"/> pflegerische Betreuungsmaßnahmen / Präsenzkräfte <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Anzahl der Pflegebedürftigen, die von Synergieeffekten profitieren:	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	

8. Im Rahmen der Pflegebedarfsermittlung erfolgte eine Beratung in folgenden Bereichen:	
Eine Beratung durch den Fachdienst ist in folgenden Bereichen erfolgt:	
<input type="checkbox"/> Hausnotruf Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Besuchsdienst/Nachbarschaftshilfe/Ehrenamt Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Tagespflege: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht / Gesetzliche Betreuung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Landespflegegeld Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Alternative / stationäre Versorgungsmöglichkeiten Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegeversicherung (§ 7a SGB XI, § 37 Abs. 3 SGB XI, § 45b SGB XI, etc.) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Persönliches Budget Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
<input type="checkbox"/> Arbeitgebermodell Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	

- Leistungen der Eingliederungshilfe Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

9. Empfehlung / Fazit

Fragestellung der Sachbearbeitung:
“
”

Fazit / Empfehlung:

- Die pflegerischen Leistungen sind aus fachdienstlicher Sicht im beantragten Umfang notwendig, indiziert und angemessen.
- Die Pflege ist aus fachdienstlicher Sicht mit den beantragten Leistungen sichergestellt.
- Die Übersicht der aus fachdienstlicher Sicht bedarfsdeckenden Leistungen befindet sich im Anhang (siehe Anlage). Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nicht alle im Kostenvoranschlag aufgeführten Tätigkeiten erscheinen aus fachdienstlicher Sicht zwingend erforderlich (siehe Ergänzungen der Anlage).
Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Eine fachdienstliche Wiedervorlage wird **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** erbeten.
Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Die häusliche Versorgung erscheint aus fachdienstlicher Sicht nicht sichergestellt. Es wird eine Anpassung des Versorgungssettings empfohlen.
Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Der grundpflegerische Bedarf hat sich erhöht, ein höherer Pflegegrad ist zu erwarten. Es wird die Anregung eines aktuellen Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI empfohlen.
- Ein Antrag auf Höherstufung bei der Pflegekasse würde derzeit nicht zu einem höheren Pflegegrad führen.
- Die in der fachdienstlichen Pflegebedarfsermittlung aufgeführten behandlungspflegerischen Leistungen (SGB V) beruhen auf den Angaben im MDK-Gutachten. Von Seiten des Fachdienstes wird das Einholen der ärztlichen Verordnungen bzw. Kostenübernahmebescheide der zuständigen Krankenkasse empfohlen, um die Anfahrtspauschalen analog der Vorgaben des Vertrages gem. § 89 SGB XI berücksichtigen sowie vorrangige Kostenträger zu überprüfen zu können.
- Von Seiten des Fachdienstes wird empfohlen, den aktuellen Verwendungszweck des Entlastungsbetrages gem. § 45b SGB XI abzuklären. Dieser könnte ggf. zur vorrangigen Kostendeckung herangezogen werden.
- Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

10. Ergänzende Bemerkungen

- Anlage 1: Gegenüberstellung nach Leistungskomplexen
- Anlage 2: Gegenüberstellung nach Zeitwerten
- Anlage 3: Tagesablauf
- Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum: München,	Name, OKK:	Unterschrift:
--------------------------------	-------------------	----------------------

11. Verfügung:

- zur weiteren Bearbeitung an zuständige Sachbearbeitung, OKK
- zur Kenntnisnahme an