



## **Informationen zum Antrag auf Einstufung in die BKK-Pflegeversicherung**

Die Pflegebedürftigkeit orientiert sich daran, ob und inwieweit der Versicherte bei

- Körperpflege
- Ernährung
- Mobilität
- hauswirtschaftlichen Arbeiten

Hilfe benötigt und wie viel Zeit für diese Arbeiten aufgewendet werden muss.

Bitte schicken Sie uns den Antrag und den Erhebungsbogen über den Pflegeaufwand vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Möchten Sie eine andere Person damit beauftragen, Ihre Interessen im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung wahrzunehmen? Dann schicken Sie uns bitte die beiliegende Vollmacht ausgefüllt und unterschrieben zurück. Eine Bestallungsurkunde in Kopie erfüllt den gleichen Zweck!

Haben Sie weitere Fragen? Dann rufen Sie uns bitte an – wir beantworten sie Ihnen gerne.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre  
Bosch BKK

Anlagen



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Vollmacht

Ich \_\_\_\_\_  
bevollmächtige Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
wohnhaft \_\_\_\_\_

meine Interessen im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung wahrzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# Erhebungsbogen für den grundpflegerischen Hilfebedarf im vollstationären Bereich

(Bitte gut lesbar und sorgfältig ausfüllen!)

Name,  
Vorname des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt die Bewohnerin/der Bewohner?

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Handgehstock	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Unterarm-Gehstützen	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Urinbeutel	<input type="checkbox"/> Badewannenlifter
<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> (kurz) <input type="checkbox"/> (lang)	<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze
		<input type="checkbox"/> Stomabeutel	

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Seit wann wohnt die Bewohnerin/der Bewohner in Ihrer Einrichtung? \_\_\_\_\_

An welchen Krankheiten/Einschränkungen/Behinderungen leidet die Bewohnerin/der Bewohner?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

War die Bewohnerin/der Bewohner seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus?  Ja  Nein

Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

Warum? \_\_\_\_\_

(Falls ein Krankenhausbericht vorliegt, bitte eine Kopie mitschicken)

**Falls die Bewohnerin/der Bewohner schon einmal vom MDK begutachtet/untersucht worden ist, was hat sich seither verändert?**

---

---

Körpergröße ..... cm  
..... kg

Körpergewicht

**Bestehen geistige/körperliche Störungen?**

- Vergesslichkeit  nein  ja
- Orientierungslosigkeit  nein  ja
- zur Tageszeit  zum Tagesablauf  in der Wohnung  gegenüber vertrauten Personen
- Sehstörung  nein  leicht  hochgradig
- Schluckstörung beim Essen/Trinken  nein  ja
- Einschränkung der Finger- und Handfunktion  nein  ja
- Gehen alleine (oder mit Hilfsmittel)  nein  ja
- Bettlägerigkeit  nein  ja
- Blaseninkontinenz  nein  teilweise  vollständig
- Darminkontinenz  nein  teilweise  vollständig

Sonstiges:

---

---

Setzt die Bewohnerin/der Bewohner einfache Aufforderungen um?  Ja  Nein

Kooperiert die Bewohnerin/der Bewohner bei den ATL's?  Ja  Nein

Wenn Nein, bei welchen nicht? \_\_\_\_\_

---

---

Besteht ein Abwehrverhalten bei pflegerischen Maßnahmen?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

Sonstiges

---



---



---

**Bemerkungen**

---



---



---



---

Hilfebedarf besteht bei folgenden Verrichtungen:	Hilfebedarf			Falls ja, wie oft?	
	nein	wenig	viel	am Tag	in der Woche
<b>Körperpflege</b>					
Ganzkörperwäsche/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Teilwäsche ( <input type="checkbox"/> Rücken, <input type="checkbox"/> Unterleib, <input type="checkbox"/> Füße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zahnpflege ( <input type="checkbox"/> Prothese reinigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Säubern des Intimbereiches nach dem Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Säubern des Intimbereiches nach dem Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hose herunter und hochziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Vorlagen / <input type="checkbox"/> Windeln wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl / <input type="checkbox"/> Urinbeutel leeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Ernährung</b>					
Kleinschneiden/Pürieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Essen geben (füttern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trinken geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sondennahrung geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<b>Mobilität</b>					
Aufstehen/Zubettgehen ( <input type="checkbox"/> mit Lifter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Drehen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterkörper ankleiden/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oberkörper ankleiden/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gehen in der Wohnung mit Pflegeperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rollstuhl wird von Pflegeperson geschoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Nächtliche Hilfe

Welche? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

<b>Länger als 6 Monate erforderliche medizinische Behandlungspflege</b>	<b>Häufigkeit täglich</b>	<b>Häufigkeit wöchentlich</b>
Spezielle Krankenbeobachtung mit regelmäßiger Überwachung der Vitalfunktion Atmung, Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut und Schleimhaut		
Sauerstoffgabe		
Absaugen der oberen Luftwege		
Tracheostoma-Pflege		
Trachealkanüle, Wechsel		
Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes (Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgerätes an Vitalparameter, Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgerätes, ggf. Austausch bestimmter Teile des Gerätes)		
Inhalation		
Infusionen		
ZVK Pflege		
Injektionen (subcutan, i. m., i. v.)		
Medikamente richten		
Medikamente verabreichen		
Verbandwechsel PEG-Sonde		
Verbandwechsel suprapubischer Dauerkatheter		
Klistier/Klyisma		
Einlauf		
Dekubitusbehandlung		
Anlegen und Wechseln von Wund- und Kompressionsverbänden		

Sonstiges

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Ihre Telefonnummer:

Unterschrift verantwortliche Pflegefachkraft