

## PFLEGEPROTOKOLL für Kinder (und Jugendliche)

### Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird eine Gutachterin oder ein Gutachter von Medicproof Ihr Kind begutachten. Medicproof ist der medizinische Dienst der privaten Krankenversicherungen.

Bitte unterstützen Sie den Ablauf der Begutachtung durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie das Formular als Grundlage für die Fragen der Gutachterin bzw. des Gutachters sorgfältig aus. So kann sich die Gutachterin bzw. der Gutachter ein Bild vom Grad der Selbständigkeit Ihres Kindes machen. Die Angaben zum Pflegeaufwand der Eltern oder Angehörigen sind unter anderem für mögliche Zahlungen von Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen wichtig.

Die Angaben in diesem Fragebogen sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Hinweise dienen aber als wichtige Basis für das Gespräch und werden von der Gutachterin bzw. vom Gutachter mit den eigenen Eindrücken und den geltenden Begutachtungsrichtlinien abgeglichen.

**Bitte legen Sie das „gelbe Untersuchungsheft“ – und gerne auch Kopien von Arztbriefen, Krankenhausentlassungsberichten oder Untersuchungsergebnissen – für die Gutachterin bzw. den Gutachter bereit.**

#### 1 Angaben zum pflegebedürftigen Kind:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherung/Versicherungsnummer

Geburtsgewicht (kg)  
(bei Kindern bis 6 Jahren)

Geburtsgröße (cm)  
(bei Kindern bis 6 Jahren)

Aktuelles Gewicht (kg)

Aktuelle Größe (cm)



**2a** Welche Erkrankungen (Diagnosen) liegen vor?

---

---

**2b** Welche körperlichen, seelischen, psychischen und geistigen Beeinträchtigungen stehen bei Ihrem Kind im Vordergrund? (Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen)  
Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wann konnte Ihr Kind krabbeln?**

---

**Wann konnte Ihr Kind gehen?**

---

**Wann konnte Ihr Kind die ersten Worte sprechen?**

---

**Wann war die Sauberkeitserziehung Ihres Kindes abgeschlossen?**

---

**3** Wie schätzen Sie die Selbständigkeit oder die Fähigkeiten Ihres Kindes ein?

Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten, wie **Sie** die Selbständigkeit und die Fähigkeiten Ihres Kindes einschätzen – ggf. auch im Vergleich mit gleichaltrigen Kindern:

**Bei der selbständigen Fortbewegung**

---

---

**Bei der Körperpflege**

---

---

**Bei der Ernährung**

---

---

**Bei den Ausscheidungen**

---

---

**Beim An-/Auskleiden**

---

---

**Beim Hören/Sehen und in der sprachlichen Entwicklung**

---

---

**In welchen dieser oben aufgeführten Bereiche ist Ihr Kind schon selbständig bzw. unbeeinträchtigt?**

---

---

**Nur bei Kindern unter 18 Monaten: Bestehen Probleme bei der Nahrungsaufnahme?**

Bitte beschreiben Sie die Probleme (Anzahl der Mahlzeiten, Dauer einer durchschnittlichen Mahlzeit).

---

---

---

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

ja  nein

Wenn ja, warum und wie oft?

---

---

---

Welche Hilfsmittel werden genutzt?

---

---

---

---

**4** Müssen regelmäßig Ärztinnen, Ärzte oder Klinikambulanzen aufgesucht werden oder fallen regelmäßig Therapiemaßnahmen (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Frühförderung) an?

Name der Ärztin / des Arztes bzw. der Therapeutin / des Therapeuten	Maßnahme	Durchschnittliche Häufigkeit	
		pro Woche	pro Monat

Bitte schreiben Sie alle Medikamente auf, die angeordnet sind:

1	2
3	4
5	6
7	8

**Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht? (ggf. Rückseite nutzen)**

Zur **Pflege** gehören z. B. die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen und anderen Wegen, das An-/Auskleiden und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, aber auch Betreuung, Beaufsichtigung und Beschäftigung, hauswirtschaftliche und administrative Verrichtungen sowie Medikamentengabe oder andere Behandlungspflege.

Eltern / Angehörige / Schule / Kindergarten	Adresse	Pflege tage pro Woche	Pflege stunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Eltern / Angehörige / Schule / Kindergarten	Adresse	Pflege tage pro Woche	Pflege stunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Eltern / Angehörige / Schule / Kindergarten	Adresse	Pflege tage pro Woche	Pflege stunden pro Woche
Geb.-Dat.:			
Pflegeeinrichtung	Adresse	Pflege tage pro Woche	Pflege stunden pro Woche

**Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:**

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

