

Einstufung Erwachsene

1. FUNKTIONSBEZOGENER PFLEGEBEDARF			Minuten/Tag	Stunden/Monat	Stunden/Monat
Betreuung erforderlich:	ja	nein	Mindestwert		festgestellter Zeitaufwand
1. Tägliche Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2x25	25	.....
2. Zubereitung von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60	30	.....
3. Einnehmen von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60	30	.....
4. Verrichtung der Notdurft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4x15	30	.....
			Richtwert		
5. An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2x20	20	.....
6. Reinigung bei Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4x10	20	.....
7. Anus praeter-Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	7,5	.....
8. Kanülen-/Sondenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	5	.....
9. Katheter-Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	5	.....
10. Einläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	15	.....
11. Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	3	.....
12. Mobilitätshilfe im engeren Sinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	15	.....
13. Motivationsgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10	.....
14. Entleerung/Reinigung des Leibstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4x5	10	.....
			Betreuungsleistung ohne Richt-/Mindestwert		
15. Sonstige Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4 10	.....
16. Hilfestellung beim Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10	.....
17. Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hilfe erforderlich:			Fixwert		
18. Herbeischaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10	.....
19. Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10	.....
20. Pflege der Leib- und Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10	.....
21. Beheizung des Wohnraumes einschließlich Herbeischaffung von Heizmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10	.....
22. Mobilitätshilfe im weiteren Sinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10	.....
Erschwerniszuschlag:			Pauschalwert		
23. für Personen ab dem 15. Lj.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		25	.....
Pflegebedarf insgesamt in Stunden pro Monat					0

→ Ab 1.1.23 45 Std (rückwirkend ab 7.7.22)

Zusätzliche Pflegekriterien:

(Beurteilung der Punkte 24 - 26 nur bei einem funktionsbezogenen Pflegebedarf von mehr als 180 Stunden/Monat)

<p>24. Außergewöhnlicher Pflegeaufwand liegt vor, weil:</p> <p>die dauernde Bereitschaft, nicht jedoch die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson erforderlich ist o d e r</p> <p>die regelmäßige Nachschau durch eine Pflegeperson in relativ kurzen jedoch planbaren Zeitabständen erforderlich ist, davon zumindest eine einmalige Nachschau auch in den Nachtstunden o d e r</p> <p>mehr als 5 Pflegeeinheiten, davon eine auch in den Nachtstunden erforderlich sind</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stufe 5
<p>25. Zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen sind über 24 Stunden erforderlich o d e r</p> <p>dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson über 24 Stunden ist wegen wahrscheinlicher Eigen- oder Fremdgefährdung erforderlich</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stufe 6
<p>26. Es sind keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich o d e r</p> <p>es besteht ein gleichzuachtender Zustand</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stufe 7

2. DIAGNOSEBEZOGENER PFLEGEBEDARF

27. Hochgradige Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stufe 3
28. Blindheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stufe 4
29. Taubblindheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stufe 5
30. Überwiegend auf den selbständigen Gebrauch eines Rollstuhles zur eigenständigen Lebensführung angewiesen (Querschnittlähmung, beidseitige Beinamputation, genetische Muskeldystrophie, Encephalitis disseminata oder infantile Cerebralparese)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<ul style="list-style-type: none"> • Selbständiger Transfer möglich 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stufe 3
<ul style="list-style-type: none"> • Stuhl- oder Harnkontinenz bzw. Blasen- oder Mastdarmlähmung 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stufe 4
<ul style="list-style-type: none"> • Deutlicher Ausfall von Funktionen der oberen Extremitäten 	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stufe 5

<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Datum, Unterschrift</p>	Kein ausreichender Pflegebedarf	<input type="checkbox"/>
	Festgestellte Pflegegeldstufe *)	