

Pflege stützpunkt **Nürnberg**

Vorbereitung
auf die Pflegebegutachtung

Einschätzungsbogen

- zur Selbstständigkeit
- zu Fähigkeiten

Tel. 0911 53 989 53

Vorbereitung auf die Pflegebegutachtung

Einschätzungsbogen

- zur Selbstständigkeit
- zu Fähigkeiten



Sehr geehrte/r Ratsuchende/r,

ab dem 1. Januar 2017 wird ein **neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff** bei der Pflegeversicherung eingeführt.

Damit Ihnen unterstützende oder entlastende Leistungen durch die Pflegekasse genehmigt werden, ist die Feststellung Ihres Pflegegrades erforderlich. Dies erfolgt hauptsächlich durch Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

Der Maßstab zur Feststellung des Pflegebedarfs ist nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten, sondern der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen. Es wird gefragt, wie seine Selbstständigkeit erhalten und gestärkt werden kann und wobei er Hilfe und Unterstützung benötigt. Erfasst werden nicht wie vorher die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Neu ist, dass die geistigen und sprachlichen Fähigkeiten, die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie die Gestaltung von Alltagsleben und sozialen Kontakten ebenfalls betrachtet werden.

Damit Sie sich auf diese Art der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit gut vorbereiten können, haben wir im **Pflegestützpunkt Nürnberg** diesen Einschätzungsbogen entwickelt. Sie sollten wissen, welche Fragen auf Sie zukommen. Es ist nicht unbedingt erforderlich, ihn vollständig auszufüllen. Sie können die Inhalte auch mit der Gutachterin oder dem Gutachter besprechen.

Pflege
stützpunkt
Nürnberg

Im **Pflegestützpunkt Nürnberg** erhalten Sie Beratung rund um das Thema Pflege und zu Hilfen im Alter – **umfassend, neutral und kostenfrei**. Träger sind die gesetzlichen Kassen zusammen mit der Stadt Nürnberg. Wir kennen die gesetzlichen Ansprüche und deren Kombinierbarkeit ebenso wie alle unterschiedlichen Leistungsanbieter in Nürnberg. Auch wenn Sie beispielsweise Fragen zur Pflegeeinstufung oder zum Widerspruch haben, wenn Sie Entlastungsmöglichkeiten für die Pflegeperson benötigen, wenn Sie einen Pflegedienst oder ein passendes Heim suchen oder ihre Wohnung behindertengerecht umbauen möchten, wir helfen Ihnen kompetent und unkompliziert weiter.

Bei Fragen sind wir gerne für Sie da. Rufen Sie uns einfach an: 0911 53 989 53

1. Grundsätzliche Informationen

Warum dieser Einschätzungsbogen?

Die Einschätzung zur Selbständigkeit können Sie als Antragstellerin/er selbst durchführen, bestenfalls zusammen mit Ihren Angehörigen. Damit haben Sie die Möglichkeit, sich durch eigene Einschätzung einen Überblick zu Ihrer Selbständigkeit oder Unselbständigkeit in den Lebensbereichen zu geben, die bei der Begutachtung wichtig sind.

Eine Gutachterin oder ein Gutachter machen sich bei einem Hausbesuch ein Bild von der Pflegesituation. Deren Aufgabe ist es festzustellen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Dabei erfassen sie den Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten sowie die Abhängigkeit von der Hilfe durch eine andere Person.

Welche Lebensbereiche werden für die Einschätzung zur Selbständigkeit/zu Fähigkeiten betrachtet?

Die Lebensbereiche oder Module zur Einschätzung sind (in Klammern deren Anteil am Gesamtergebnis):

Modul 1

Mobilität (10 Prozent)

Modul 2

kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15 Prozent mit Modul 3)

Modul 3

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 Prozent mit Modul 2)

Modul 4

Selbstversorgung (40 Prozent)

Modul 5

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent)

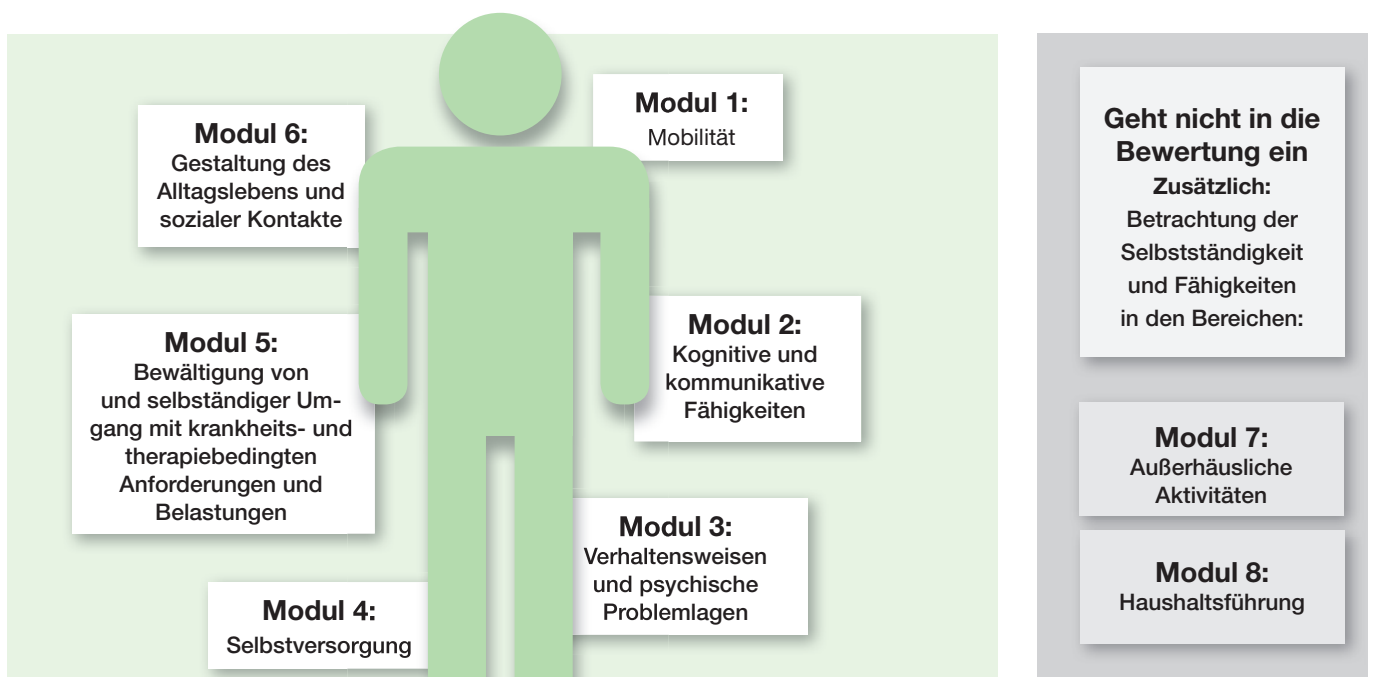
Modul 6

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 Prozent)

Die Angaben in den beiden folgenden Modulen werden nicht bei der Bewertung zu einem Pflegegrad berücksichtigt:

Modul 7 außerhäusliche Aktivitäten

Modul 8 Haushaltsführung



2. Informationen zum Einstufungsverfahren

Wie läuft die Begutachtung ab?

- Beim Begutachtungstermin sollten Sie als (pflegender) Angehöriger möglichst anwesend sein, um eventuelle Rückfragen der Gutachterin/des Gutachters zu beantworten.
- Die Gutachterin/der Gutachter stellt Fragen zu Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen.
- Dann wird die eigentliche Begutachtung durchgeführt. Dabei wird der vorhandene Grad der Selbständigkeit in den unterschiedlichen Lebensbereichen bzw. Modulen erhoben und mit Punkten bewertet, die Grundlage für die Berechnung des Pflegegrads sind.
- Die Gutachterin/der Gutachter gibt Ihnen bei Bedarf Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation, zu Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln, zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen oder zu neutralen kostenfreien Beratungsstellen wie im Pflegestützpunkt Nürnberg.

Folgende Unterlagen sollten Sie bereithalten:

- diesen Einschätzungsbogen
- aktuelle Arzt- und Krankenhausberichte
- eine Auflistung der benötigten Pflegehilfsmittel und Medikamente
- Adresse der Hausärztin oder des Hausarztes

Wie geht es nach der Begutachtung weiter?

Die Gutachterin/der Gutachter fasst die Ergebnisse und mögliche Empfehlungen, auch zum Pflegegrad, in einem Gutachten zusammen und sendet es an die Pflegekasse. Ist ein Hilfsmittel notwendig, informiert die Gutachterin/der Gutachter darüber mit Ihrem Einverständnis die Pflegekasse. Sie brauchen keinen gesonderten Antrag mehr stellen. Die Kasse teilt Ihnen ihre Entscheidung zum Pflegegrad, ggf. auch zur Genehmigung von Hilfsmitteln, schriftlich mit und schickt sie Ihnen zusammen mit dem Pflegegutachten zu.

Was ist, wenn Sie mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden sind?

Wenn Sie Einwände gegen die Entscheidung der Pflegekasse haben, können Sie innerhalb einer Frist von einem Monat nach Erhalt des Bescheids schriftlich Widerspruch einlegen. Eine Beratung dazu im Pflegestützpunkt Nürnberg ist empfehlenswert.

3. Wissen zu gesetzlichen Grundlagen

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit? (nach § 14 SGB XI)

- Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen
- Pflegebedürftig sind Personen, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig ausgleichen oder bewältigen können.
- Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.
- Der festgelegte Mindest-Punktwert, um einen Pflegegrad bei zu erhalten, muss erreicht werden.

Was ist der Maßstab für Pflegebedürftigkeit?

- der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und
- die Abhängigkeit von personeller Hilfe.

4. Grundlegende Fragen zur Einschätzung

Zur Einschätzung zur Selbständigkeit/zu Fähigkeiten ist die Beantwortung folgender Fragen ausschlaggebend:

1. Was kann noch selbst, auch mit Unterstützung von Hilfsmitteln durchgeführt werden?
2. Wann ist Hilfe durch eine andere Person nötig?

5. Inhalte der Module / Lebensbereiche

Modul 1: **Mobilität**

Die Einschätzung richtet sich ausschließlich danach, ob die Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen oder zu wechseln und sich fortzubewegen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. bei „Ja“ Beschreibung der nötigen Hilfestellung

| Mobilität | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | Beschreibung |
|--|---|-------------------------------|--------------|
| Positionswechsel im Bett | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Halten einer stabilen Sitzposition | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Umsetzen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Treppensteigen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Modul 2: **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**

Die Einschätzung bezieht sich ausschließlich auf Funktionen und Aktivitäten, die mit Denken und Erkennen zusammenhängen. Beurteilt werden hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc. und nicht die körperliche Umsetzung. Hier werden auch die Auswirkungen von Hör-, Sprech- oder Sprachstörungen berücksichtigt.

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. wenn nicht eindeutig, Bemerkung eintragen

| Kognitive und kommunikative Fähigkeiten | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | Bemerkung |
|---|---|-------------------------------|-----------|
| Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Örtliche Orientierung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Zeitliche Orientierung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

| Kognitive und kommunikative Fähigkeiten | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | Bemerkung |
|--|---|-------------------------------|-----------|
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Steuern von mehrschrittigen Alltags-handlungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Verstehen von Sachverhalten und Informationen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Erkennen von Risiken und Gefahren | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Mitteilen elementarer Bedürfnisse | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Verstehen von Aufforderungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Beteiligen an einem Gespräch | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um krankheitsbezogene Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Bei Kombination verschiedener Verhaltensweisen wird die Häufigkeit von Ereignissen nur einmal erfasst, z.B. nächtliche Unruhe bei Angstzuständen, entweder unter „nächtliche Unruhe“ oder unter „Ängste“.

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Angabe von Häufigkeit, wenn „Ja“

| Verhaltensweisen und psychische Problemlagen | Müssen Sie als Pflegeperson Unterstützung geben oder eingreifen? | | Häufigkeit der Unterstützung |
|--|--|-------------------------------|------------------------------|
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Nächtliche Unruhe | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

| Verhaltensweisen und psychische Problemlagen | Müssen Sie als Pflegeperson Unterstützung geben oder eingreifen? | | Häufigkeit der Unterstützung |
|---|--|-------------------------------|------------------------------|
| Beschädigung von Gegenständen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Verbale Aggression | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Wahnvorstellungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Ängste | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Sozial unpassende Verhaltensweisen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Sonstige pflegerelevante unpassende Handlungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Modul 4: Selbstversorgung

Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen körperlicher oder geistiger Funktionen bestehen oder ob Teile davon bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind.

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. bei „Ja“ Beschreibung der nötigen Hilfestellung

| Selbstversorgung | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | Beschreibung |
|-------------------------|---|-------------------------------|--------------|
| Waschen des Oberkörpers | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Modul 4: Selbstversorgung

| Selbstversorgung | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | Beschreibung | | |
|---|---|---|--|---|--|
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Körperpflege im Bereich des Kopfes | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Waschen des Intimbereichs | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| An- und Auskleiden des Oberkörpers | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| An- und Auskleiden des Unterkörpers | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Essen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Trinken | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Ernährung parenteral oder über Sonde | Versorgung selbständig | Versorgung mit Hilfe | | | |
| | <input type="checkbox"/> | nicht täglich nicht auf Dauer <input type="checkbox"/> | täglich zusätzlich zu oraler Ernährung <input type="checkbox"/> | ausschließlich oder nahezu ausschließlich <input type="checkbox"/> | |

Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul geht es um die Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens 6 Monate erforderlich sind.

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Angabe von Häufigkeit, wenn „Ja“

| Bewältigung von und Umgang in Bezug auf: | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | |
|---|---|-------------------------------|--|
| Medikation | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Injektionen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Versorgung intravenöser Zugänge (Port) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Absaugen und Sauerstoffgabe | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Messung und Deutung von Körperzuständen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| körpernahe Hilfsmittel | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Verbandwechsel und Wundversorgung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Versorgung mit Stoma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Arztbesuche | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Zu bewerten ist, ob die jeweilige Aktivität praktisch durchgeführt werden kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen körperlicher oder geistiger Funktionen bestehen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. bei „Ja“ Beschreibung der nötigen Hilfestellung

| Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | Beschreibung der nötigen Hilfestellung |
|--|---|-------------------------------|--|
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Ruhen und Schlafen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Sich beschäftigen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Interaktion mit Personen im direkten Kontakt | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Folgende zwei Module werden erfragt. Dieser Hilfebedarf wird aber bei der Bewertung des Pflegegrads nicht berücksichtigt.

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Einzuschätzen ist, wieweit die Aktivität selbst durchgeführt werden kann.

Bitte Zutreffendes ankreuzen, bzw. bei „Ja“ Beschreibung der nötigen Hilfestellung

| Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | Beschreibung der nötigen Hilfestellung |
|---|---|-------------------------------|--|
| | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Fortbewegung außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

| Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | Beschreibung der nötigen Hilfestellung |
|--|---|-------------------------------|--|
| Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Mitfahren in einem Kraftfahrzeug | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Besuch von Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen, einer Einrichtung der Tages-/Nacht- pflege oder eines Tages- betreuungsangebotes | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Modul 8: Haushaltsführung

Einzuschätzen ist, wieweit die Aktivität selbst durchgeführt werden kann.

Bitte Zutreffendes ankreuzen, bzw. bei „Ja“ Beschreibung der nötigen Hilfestellung

| Haushaltsführung | Benötigen Sie die Hilfe einer Pflegeperson? | | Beschreibung der nötigen Hilfestellung |
|---|---|-------------------------------|--|
| Einkaufen für den täglichen Bedarf | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Zubereitung einfacher Mahlzeiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten, einschließlich Wäschepflege | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Nutzung von Dienstleistungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Umgang mit finanziellen Angelegenheiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Umgang mit Behörden-angelegenheiten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit diesem Einschätzungsbogen eine gute Unterstützung zur Vorbereitung der Begutachtung geben konnten. Bei Fragen sind wir gerne für Sie da. Rufen Sie uns einfach an: **0911 53 989 53**

Träger des Pflegestützpunkts Nürnberg:



BARMER GEK



DAK
Gesundheit

IKK classic

KKH Kaufmännische
Krankenkasse



Sozialversicherung für
Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Partner des Pflegestützpunkts Nürnberg:



ANGEHÖRIGENBERATUNG e.V. Nürnberg
Fachstelle für pflegende Angehörige und Demenzerberatung

AWO
Kreisverband
Nürnberg e.V.

Bayerisches
Rotes
Kreuz

Not sehen und handeln.
Caritasverband Nürnberg e.V.



Diakonie
Bayern

Nürnberg
NürnbergStift

DER PARITÄTISCHE
BAYERN
Bezirksverband Mittelfranken



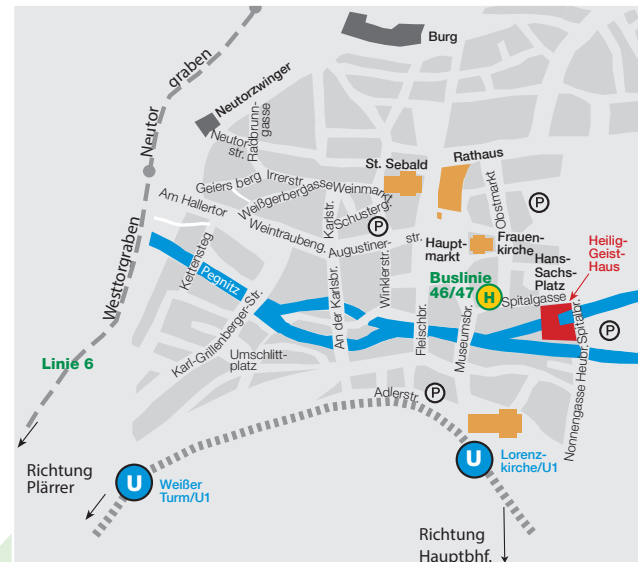
Mitten im Herzen von Nürnberg

Im **Pflegestützpunkt Nürnberg** erhalten Sie Beratung zu allen Fragen der Pflege und zu Hilfen im Alter.

Träger des Pflegestützpunkts sind die gesetzlichen Kassen zusammen mit der Stadt Nürnberg.

Die Beratung erfolgt **umfassend, neutral und kostenfrei**.

Bei Fragen sind wir gerne für Sie da. Rufen Sie uns einfach an. 0911 53 989 53



Pflege
stützpunkt
Nürnberg

im Seniorenratshaus/
Heilig-Geist-Haus
Hans-Sachs-Platz 2
90403 Nürnberg

Tel. 0911 53 989 53
Fax 0911 801 66 26
info@pflegestuetspunkt.nuernberg.de
www.pflegestuetspunkt.nuernberg.de

Öffnungszeiten:
Mo., Di., Do. 8.30–15.30 Uhr
Mi. 8.30–18.00 Uhr
Fr. 8.30–12.30 Uhr