

Versicherungsnummer

Continentale
Krankenversicherung a.G.

Datum

PFLEGEPROTOKOLL für Kinder (und Jugendliche)

Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit Ihres Kindes wird Sie eine Gutachterin oder ein Gutachter* von Medicproof besuchen. 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 des Gutachters sorgfältig aus. So kann sich der Gutachter ein Bild vom Grad der Selbstständigkeit 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 vom Gutachter mit seinen eigenen Eindrücken und den geltenden Begutachtungsrichtlinien abgeglichen.

* Im Sinne einer sprachlichen Vereinfachung und für einen besseren Lesefluss wird im folgenden Text weitestgehend die maskuline Form verwendet.

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

1 Angaben zum pflegebedürftigen Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

Continentale Krankenversicherung a.G. / Versicherung / Versicherungsnummer

Geburtsgewicht (kg)

Geburtsgröße (cm)

(bei Kindern bis 6 Jahren)

(bei Kindern bis 6 Jahren)

Aktuelles Gewicht (kg)

Aktuelle Größe (cm)



Versicherungsnummer

Continentale
Krankenversicherung a.G.

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?



Versicherungsnummer

Continentale
Krankenversicherung a.G.

3 Wie schätzen Sie die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten Ihres Kindes ein?

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

bei der selbstständigen 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 selbstständig 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).



Versicherungsnummer

Continentale
Krankenversicherung a.G.

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

ja

nein

Wenn ja, warum und wie oft?

Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach zusätzlich benötigt?

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

Name des Arztes / 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)



Versicherungsnummer

Continentale
Krankenversicherung a.G.

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 <u>Woche</u>
Geburtsdatum			
Eltern / Angehörige / Schule / Kindergarten	Adresse	Pflege- tage pro Woche	Pflege- stunden pro <u>Woche</u>
Geburtsdatum			
Eltern / Angehörige / Schule / Kindergarten	Adresse	Pflege- tage pro Woche	Pflege- stunden pro <u>Woche</u>
Geburtsdatum			
Pflegeeinrichtung	Adresse	Pflege- tage pro Woche	Pflege- stunden pro <u>Woche</u>

Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

Name Vorname

Datum Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz: Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, um z. B. mit Ihnen kommunizieren zu können. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.continentale.de/datenschutz.

