Die Dokumentation für den Erhalt eines Pflegegrades in Deutschland erfordert eine sorgfältige Zusammenstellung von Informationen und Nachweisen, um die individuellen Pflegebedürfnisse zu belegen. Hier ist eine Vorlage, die als Leitfaden für die Dokumentation dienen kann:

Vor- und Nachname des Antragstellers:

_____

Geburtsdatum: _ _/ _ _/ _ _ _ _

Adresse:

_____

Krankenversicherungsnummer: _____

Krankenkasse: _____

Pflegekasse: _____

Antrag auf Pflegegrad: _____
(z.B., Pflegegrad 1-5)

Datum des Antrags: _ _/ _ _/ _ _ _ _

1. Persönliche Informationen:

- **Familienstand:** _____
  [Verheiratet/Single/Geschieden/Witwe(r)/etc.]
- **Anzahl Kinder:** _____
- **Beruf:** _____
- **Kontaktinformationen:**_____
  [Telefonnummer, E-Mail-Adresse]

2. Gesundheitszustand:

- **Chronische Erkrankungen:**
  _____
  _____
  _____
  _____
  _____
- **Medikamente:**
  [ggf. Medikationsplan vom Arzt]
  _____
  _____
  _____
  _____
- **Arzt/Pflegekontakt:**
  _____
  _____

3. Aktueller Pflegebedarf: (<u>Dokumentationshilfe im Anhang</u>)

1. **Aufstehen und Zubettgehen**: Hilfe beim Aufstehen aus dem Bett am Morgen und beim Zubettgehen am Abend.
2. **Lagerung**: Unterstützung beim Umlagern im Bett, um Druckgeschwüre zu vermeiden.
3. **An- und Auskleiden**: Hilfe beim An- und Ausziehen von Kleidung.
4. **Mobilität im Haus**: Unterstützung beim Bewegen im Haus, einschließlich Gehen und Sitzen.
5. **Stehen**: Hilfe beim Stehen aus einem Stuhl oder einem Bett.
6. **Treppensteigen**: Begleitung und Unterstützung beim Treppensteigen.
7. **Begleitung außerhalb des Hauses**: Begleitung zu Arztterminen oder anderen Außenterminen.
8. **Körperpflege**:
    - **Ganzkörperwäsche**: Hilfe bei der kompletten Körperwäsche.
    - **Teilwäsche**: Unterstützung bei der Teilreinigung des Körpers.
    - **Duschen und Baden**: Hilfe beim Duschen oder Baden.
    - **Mund-/Zahnpflege**: Hilfe bei der Mund- und Zahnpflege.
    - **Kämmen und Rasieren**: Unterstützung beim Kämmen der Haare und Rasieren.
9. **Blasenentleerung**: Hilfe beim Toilettengang zur Blasenentleerung.
10. **Darmentleerung**: Unterstützung beim Toilettengang zur Darmentleerung.
11. **Intimpflege**: Hilfe bei der Intimpflege.
12. **Kleidung richten**: Hilfe beim Ordnen und Anpassen der Kleidung.
13. **Wechseln von Inkontinenzartikeln**: Unterstützung beim Wechseln von Windeln oder Inkontinenzprodukten.
14. **Wechseln/Leeren von Urin-/Stomabeuteln**: Hilfe beim Wechseln oder Leeren von Beuteln zur Urinableitung oder Stomaversorgung.
15. **Ernährung**:
    - **Mundgerechte Zubereitung**: Vorbereitung von Lebensmitteln in leicht zu essenden Portionen.
    - **Essen und Trinken reichen**: Hilfe beim Essen und Trinken.
16. **Hauswirtschaftliche Versorgung**:
    - **Einkaufen**: Unterstützung beim Einkaufen von Lebensmitteln und anderen benötigten Dingen.
    - **Kochen**: Hilfe bei der Zubereitung von Mahlzeiten.
    - **Wohnung reinigen**: Unterstützung bei der Reinigung der Wohnung.
    - **Spülen**: Hilfe beim Abwasch.
    - **Wechsel der Wäsche**: Unterstützung beim Wechseln von Bettwäsche und Kleidung.
    - **Waschen und Bügeln**: Hilfe beim Waschen und Bügeln von Kleidung.
    - **Wohnung heizen**: Unterstützung beim Einstellen der Heizung und Wartung der Raumtemperatur.
17. **Besonderheiten**: Hier können spezielle Anmerkungen oder zusätzliche Aktivitäten hinzugefügt werden, die individuell benötigt werden

- **Mobilität:** [Informationen zur Mobilität, z.B., Rollstuhl, Gehhilfen, etc.]

  _____

  _____

- **Kommunikation:** [Bei Bedarf an Unterstützung bei der verbalen oder nonverbalen (auch schriftliche)Kommunikation angeben]

  _____

  _____

- **Ernährung:** [Informationen zur Nahrungsaufnahme, z.B., Schluckbeschwerden, Sonderkost, etc.]

  _____

  _____

4. Unterstützung durch Angehörige oder Pflegedienst:

- **Angehörige:** [Auflistung der Angehörigen und deren Unterstützungsbeiträge]

  _____

  _____

- **Pflegedienst:** [Name des Pflegedienstes und Art der erbrachten Leistungen]

  _____

  _____

  _____

5. Gutachten und Arztberichte:

- **Arztberichte:** [Kopien von Arztberichten über den Gesundheitszustand]
- **Gutachten:** [Kopien von Gutachten, die den Pflegebedarf bewerten]
-

6. Sonstige Dokumente:

- **Krankenhausentlassungsberichte:** [Kopien von Krankenhausentlassungsberichten, falls zutreffend]

- **Rehabilitationsberichte:** [Kopien von Rehabilitationsberichten, falls zutreffend]

7. Erklärung des Antragstellers: Hier kann der Antragsteller eine persönliche Erklärung abgeben, in der er seine Pflegebedürfnisse, seine Einschränkungen und den Bedarf an Unterstützung erläutert.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Einverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die oben genannten Informationen von den zuständigen Stellen zur Überprüfung meines Pflegebedarfs verwendet werden dürfen.

Datum:_ _/ _ _/ _ _ _ _ Ort: _____ Unterschrift:_____

Die genaue Dokumentation kann je nach individuellem Fall variieren. Es ist ratsam, sich an die zuständige Pflegekasse oder eine Fachkraft für Pflegeberatung zu wenden, um sicherzustellen, dass alle erforderlichen Informationen und Dokumente korrekt und vollständig vorliegen. Dies ist nur eine allgemeine Vorlage und sollte entsprechend angepasst werden.

HECHT APOTHEKE
Apotheker Simon Schuff
Bürgermeister-Schmitt-Str. 2-4
55129 Mainz
Tel. 06131/581262

Name des Pflegebedürftigen:

Datum: _ _/ _ _/ _ _ _ _ Dokumentation Nr: 1

A = Angewiesen B = Beobachtet H = Hilfestellung gegeben

Mobilität	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-/ Vollübernahme Teil-Ü	Voll-Ü
Aufstehen vom Bett									
Lagerung									
Zubettgehen									
Rollstuhl (Aufstehen/ Hineinsetzen)									
An- und Auskleiden									
Bewegen im Haus									
Stehen									
Treppensteigen									
Begleiten (z.B. zum Arzt)									

Körperpflege	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Ganzkörperwäsche									
Teilwäsche									
Duschen									
Baden									
Mund-/Zahnpflege									
Kämmen									
Rasieren									
Blasenentleerung									
Darmentleerung									
Intimpflege									
Kleidung richten									
Inkontinenzartikel wechseln									
Urin-/Stomabeutel wechseln/leeren									

Ernährung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Mundgerechte Zubereitung									
Essen und Trinken reichen									

Hauswirtschaftliche Versorgung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Einkaufen									
Kochen									
Wohnung reinigen									
Spülen									
Wechsel der Wäsche									
Waschen und Bügeln									
Wohnung heizen									

Besonderheiten

BEISPIEL

Mobilität	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Aufstehen vom Bett	10min							X	
Lagerung				30min					X
Zubettgehen									
Rollstuhl (Aufstehen/ Hineinsetzen)									
An- und Auskleiden	5min				X				
Bewegen im Haus									

DOKU NR 1

Name des Pflegebedürftigen:

Datum: _ _/ _ _/ _ _ _ _ Dokumentation Nr: 2

A = Angewiesen B = Beobachtet H = Hilfestellung gegeben

Mobilität	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-/ Vollübernahme Teil-Ü	Voll-Ü
Aufstehen vom Bett									
Lagerung									
Zubettgehen									
Rollstuhl (Aufstehen/ Hineinsetzen)									
An- und Auskleiden									
Bewegen im Haus									
Stehen									
Treppensteigen									
Begleiten (z.B. zum Arzt)									

Körperpflege	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Ganzkörperwäsche									
Teilwäsche									
Duschen									
Baden									
Mund-/Zahnpflege									
Kämmen									
Rasieren									
Blasenentleerung									
Darmentleerung									
Intimpflege									
Kleidung richten									
Inkontinenzartikel wechseln									
Urin-/Stomabeutel wechseln/leeren									

Ernährung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Mundgerechte Zubereitung									
Essen und Trinken reichen									

Hauswirtschaftliche Versorgung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Einkaufen									
Kochen									
Wohnung reinigen									
Spülen									
Wechsel der Wäsche									
Waschen und Bügeln									
Wohnung heizen									

Besonderheiten

DOKU NR 2

Name des Pflegebedürftigen:

Datum: _ _/ _ _/ _ _ _ _ Dokumentation Nr: 3

A = Angewiesen B = Beobachtet H = Hilfestellung gegeben

Mobilität	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-/ Vollübernahme Teil-Ü	Voll-Ü
Aufstehen vom Bett									
Lagerung									
Zubettgehen									
Rollstuhl (Aufstehen/ Hineinsetzen)									
An- und Auskleiden									
Bewegen im Haus									
Stehen									
Treppensteigen									
Begleiten (z.B. zum Arzt)									

Körperpflege	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Ganzkörperwäsche									
Teilwäsche									
Duschen									
Baden									
Mund-/Zahnpflege									
Kämmen									
Rasieren									
Blasenentleerung									
Darmentleerung									
Intimpflege									
Kleidung richten									
Inkontinenzartikel wechseln									
Urin-/Stomabeutel wechseln/leeren									

Ernährung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Mundgerechte Zubereitung									
Essen und Trinken reichen									

Hauswirtschaftliche Versorgung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Einkaufen									
Kochen									
Wohnung reinigen									
Spülen									
Wechsel der Wäsche									
Waschen und Bügeln									
Wohnung heizen									

Besonderheiten

DOKU NR 3

Name des Pflegebedürftigen:

Datum: _ _/ _ _/ _ _ _ _ Dokumentation Nr: 4

A = Angewiesen B = Beobachtet H = Hilfestellung gegeben

Mobilität	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-/ Vollübernahme Teil-Ü	Voll-Ü
Aufstehen vom Bett									
Lagerung									
Zubettgehen									
Rollstuhl (Aufstehen/ Hineinsetzen)									
An- und Auskleiden									
Bewegen im Haus									
Stehen									
Treppensteigen									
Begleiten (z.B. zum Arzt)									

Körperpflege	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Ganzkörperwäsche									
Teilwäsche									
Duschen									
Baden									
Mund-/Zahnpflege									
Kämmen									
Rasieren									
Blasenentleerung									
Darmentleerung									
Intimpflege									
Kleidung richten									
Inkontinenzartikel wechseln									
Urin-/Stomabeutel wechseln/leeren									

Ernährung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Mundgerechte Zubereitung									
Essen und Trinken reichen									

Hauswirtschaftliche Versorgung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Einkaufen									
Kochen									
Wohnung reinigen									
Spülen									
Wechsel der Wäsche									
Waschen und Bügeln									
Wohnung heizen									

Besonderheiten

DOKU NR 4

Name des Pflegebedürftigen:

Datum: _ _/ _ _/ _ _ _ _ Dokumentation Nr: 5

A = Angewiesen B = Beobachtet H = Hilfestellung gegeben

Mobilität	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-/ Vollübernahme Teil-Ü	Voll-Ü
Aufstehen vom Bett									
Lagerung									
Zubettgehen									
Rollstuhl (Aufstehen/ Hineinsetzen)									
An- und Auskleiden									
Bewegen im Haus									
Stehen									
Treppensteigen									
Begleiten (z.B. zum Arzt)									

Körperpflege	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Ganzkörperwäsche									
Teilwäsche									
Duschen									
Baden									
Mund-/Zahnpflege									
Kämmen									
Rasieren									
Blasenentleerung									
Darmentleerung									
Intimpflege									
Kleidung richten									
Inkontinenzartikel wechseln									
Urin-/Stomabeutel wechseln/leeren									

Ernährung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Mundgerechte Zubereitung									
Essen und Trinken reichen									

Hauswirtschaftliche Versorgung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Einkaufen									
Kochen									
Wohnung reinigen									
Spülen									
Wechsel der Wäsche									
Waschen und Bügeln									
Wohnung heizen									

Besonderheiten

DOKU NR 5

Name des Pflegebedürftigen:

Datum: _ _/ _ _/ _ _ _ _ Dokumentation Nr: 6

A = Angewiesen B = Beobachtet H = Hilfestellung gegeben

Mobilität	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-/ Vollübernahme Teil-Ü	Voll-Ü
Aufstehen vom Bett									
Lagerung									
Zubettgehen									
Rollstuhl (Aufstehen/ Hineinsetzen)									
An- und Auskleiden									
Bewegen im Haus									
Stehen									
Treppensteigen									
Begleiten (z.B. zum Arzt)									

Körperpflege	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Ganzkörperwäsche									
Teilwäsche									
Duschen									
Baden									
Mund-/Zahnpflege									
Kämmen									
Rasieren									
Blasenentleerung									
Darmentleerung									
Intimpflege									
Kleidung richten									
Inkontinenzartikel wechseln									
Urin-/Stomabeutel wechseln/leeren									

Ernährung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Mundgerechte Zubereitung									
Essen und Trinken reichen									

Hauswirtschaftliche Versorgung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Einkaufen									
Kochen									
Wohnung reinigen									
Spülen									
Wechsel der Wäsche									
Waschen und Bügeln									
Wohnung heizen									

Besonderheiten

DOKU NR 6

Name des Pflegebedürftigen:

Datum: _ _/ _ _/ _ _ _ _ Dokumentation Nr: 7

A = Angewiesen B = Beobachtet H = Hilfestellung gegeben

Mobilität	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-/ Vollübernahme Teil-Ü	Voll-Ü
Aufstehen vom Bett									
Lagerung									
Zubettgehen									
Rollstuhl (Aufstehen/ Hineinsetzen)									
An- und Auskleiden									
Bewegen im Haus									
Stehen									
Treppensteigen									
Begleiten (z.B. zum Arzt)									

Körperpflege	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Ganzkörperwäsche									
Teilwäsche									
Duschen									
Baden									
Mund-/Zahnpflege									
Kämmen									
Rasieren									
Blasenentleerung									
Darmentleerung									
Intimpflege									
Kleidung richten									
Inkontinenzartikel wechseln									
Urin-/Stomabeutel wechseln/leeren									

Ernährung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Mundgerechte Zubereitung									
Essen und Trinken reichen									

Hauswirtschaftliche Versorgung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	A	B	H	Teil-Ü	Voll-Ü
Einkaufen									
Kochen									
Wohnung reinigen									
Spülen									
Wechsel der Wäsche									
Waschen und Bügeln									
Wohnung heizen									

Besonderheiten

DOKU NR 7