



## Begleitschreiben an die Arztpraxis

Bitte geben Sie dieses Blatt zusammen mit der Attest-Vorlage (Seiten 2–3) in Ihrer Hausarzt- oder Facharztpraxis ab.

Patient/in: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

für das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Erstantrag, Höherstufungsantrag oder Widerspruch gegen den Pflegegrad-Bescheid) wird ein **ärztliches Attest** benötigt. Es dient der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst (MD) als fachliche Grundlage für die Bewertung der Selbständigkeit.

### WAS FÜR DIE BEGUTACHTUNG ENTSCHEIDEND IST

Der MD bewertet nicht die Diagnosen selbst, sondern deren **Auswirkungen auf die Selbständigkeit im Alltag**. Besonders hilfreich ist ein Attest daher, wenn es – soweit medizinisch zutreffend – über die Diagnoseliste hinaus beschreibt:

- **Funktionale Folgen** der Erkrankungen: Was kann die Patientin/der Patient dadurch nicht mehr oder nur noch mit personeller Hilfe (z. B. Körperpflege, Ankleiden, Essen/Trinken, Fortbewegung, Orientierung)?
- **Kognitive und psychische Auswirkungen**: Einschränkungen von Orientierung, Gedächtnis, Antrieb, Krankheitseinsicht; Verhaltensweisen mit Unterstützungsbedarf (Unruhe, Abwehr von Pflege, Selbstgefährdung).
- **Ärztlich angeordnete Maßnahmen** und ob sie selbständig umgesetzt werden können: Medikation, Messungen, Trinkmenge/Diät, Kompressionsversorgung, Heilmittel – ggf. mit Häufigkeit.
- **Häufigkeit und Dauerhaftigkeit**: Der Hilfebedarf muss voraussichtlich mindestens sechs Monate bestehen. Auch eine eingetretene **Verschlechterung** (seit wann?) ist bedeutsam.
- **Gefährdungen**: Stürze, Dehydratation, Vergessen der Medikation, Verlassen der Wohnung, Selbst-/Fremdgefährdung.

Eine Empfehlung zu einem bestimmten Pflegegrad ist nicht erforderlich; hilfreich ist jedoch die ärztliche Einschätzung, ob die bisherige Einstufung dem tatsächlichen Zustand noch gerecht wird.

### SO KÖNNEN SIE DAS ATTEST ERSTELLEN

Sie können die beigegefügte **strukturierte Vorlage (Seiten 2–3)** ankreuzen und ergänzen, sie als Diktatgrundlage für ein Freitext-Attest auf Ihrem Praxisbogen nutzen – oder nur die **Kurzbescheinigung (Seite 4)** ausstellen. Bitte kreuzen Sie ausschließlich zutreffende Punkte an und streichen Sie Nichtzutreffendes.

**Hinweise:** Die Kosten des Attests werden von der Patientin/dem Patienten bzw. den Angehörigen als Privatleistung übernommen (Abrechnung z. B. nach GOÄ). Das Attest wird von der Familie an die Pflegekasse bzw. den Medizinischen Dienst weitergegeben; mit der Übergabe an die Patientenseite ist die Schweigepflicht insoweit entbunden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

## Ärztliches Attest zur Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) – Seite 1 von 2

Vom Arzt/von der Ärztin auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen; Nichtzutreffendes streichen. Alternativ als Diktatgrundlage für ein Attest auf eigenem Praxisbogen verwendbar.

Patient/in (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Die o. g. Patientin / der o. g. Patient befindet sich in meiner regelmäßigen ärztlichen Behandlung seit:

\_\_\_\_\_

### 1. PFLEGERELEVANTE DIAGNOSEN

---

---

---

---

### 2. AUSWIRKUNGEN AUF DIE SELBSTÄNDIGKEIT (NUR ZUTREFFENDES ANKREUZEN)

- ☐ Die **körperlichen** Beeinträchtigungen führen zu einer Einschränkung der Selbständigkeit und zu personellem Unterstützungsbedarf durch Dritte.
- ☐ Die **kognitiven/psychischen** Beeinträchtigungen führen zu einer Einschränkung der Selbständigkeit und zu personellem Unterstützungsbedarf durch Dritte.

Personelle Hilfe ist insbesondere erforderlich bei:

- ☐ **Mobilität** (Positionswechsel, Aufstehen/Umsetzen, Fortbewegen in der Wohnung, Treppensteigen; Gang-/Standunsicherheit, Sturzgefahr)
- ☐ **Körperpflege und Selbstversorgung** (Waschen, Ankleiden, Toilettenbenutzung, Umgang mit Inkontinenz)
- ☐ **Ernährung** (mundgerechte Zubereitung, Essen, ausreichendes Trinken – auch bei fehlendem Durst-/Hungergefühl)
- ☐ **Kognition/Kommunikation** (Orientierung zu Zeit/Ort/Person, Erkennen von Risiken und Gefahren, Verstehen und Umsetzen von Aufforderungen, Steuern von Alltagshandlungen)
- ☐ **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** (z. B. nächtliche Unruhe, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, Abwehr pflegerischer oder medizinischer Maßnahmen, selbstschädigendes Verhalten)
- ☐ **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Kontaktpflege)

### 3. UMGANG MIT KRANKHEITS- UND THERAPIEBEDINGTEN ANFORDERUNGEN

- ☐ Ärztlich angeordnete Maßnahmen (z. B. Medikation \_\_\_\_\_ × täglich, Messungen, Kompressionsversorgung, Verbandswechsel) können **nicht selbständig** umgesetzt werden und erfordern personelle Hilfe.
- ☐ Es bestehen ärztlich angeordnete **Vorschriften zu Ernährung bzw. Flüssigkeitszufuhr** (z. B. Trinkmenge \_\_\_\_\_ ml/Tag, Diabetes-Diät). Die Patientin/der Patient kann deren Notwendigkeit krankheitsbedingt **nicht zuverlässig einsehen bzw. einhalten**; Erinnerung, Anleitung und Beaufsichtigung durch Dritte sind mehrmals täglich erforderlich.
- ☐ Heilmitteltherapie (Physio-/Ergotherapie, Podologie, Logopädie) erfolgt als **Hausbesuch**; Praxisbesuche sind nur mit Begleitung/Transport möglich.

### 4. GEFÄHRDUNGEN (SOWEIT ZUTREFFEND)

- ☐ Rezidivierende Stürze / erhebliche Sturzgefahr
- ☐ Gefahr der Dehydratation / Mangelernährung
- ☐ Eigengefährdung durch fehlende Gefahren einschätzung (z. B. Herd, Straßenverkehr, nächtliches Umhergehen)
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 5. VERLAUF UND PROGNOSE

- ☐ Die Beeinträchtigungen bestehen **auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate**.
- ☐ Der Zustand hat sich **wesentlich verschlechtert** seit: \_\_\_\_\_
- ☐ Mit einer Besserung der Selbständigkeit ist nicht zu rechnen (chronisch-progredienter Verlauf).

### 6. GESAMTEINSCHÄTZUNG

- ☐ In der Gesamtschau besteht ein relevanter und dauerhafter Hilfebedarf durch Dritte.
- ☐ Die bisherige Einstufung des Pflegegrades erscheint aus ärztlicher Sicht **nicht ausreichend** und sollte (im Rahmen des Antrags-/Widerspruchsverfahrens) erneut überprüft werden.

Ergänzende Bemerkungen:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

## Alternativ: Ärztliche Kurzbescheinigung zur Pflegebedürftigkeit

Falls die ausführliche Vorlage nicht genutzt wird: Diese Kurzbescheinigung genügt als Mindestnachweis für das Antrags- oder Widerspruchsverfahren.

Patient/in (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Die o. g. Patientin / der o. g. Patient befindet sich in meiner regelmäßigen ärztlichen Behandlung.

- ☐ Die **körperlichen Beeinträchtigungen** führen zu einer Beeinträchtigung der Selbständigkeit und zu einem personellen Unterstützungsbedarf durch Dritte.
- ☐ Die **kognitiven/psychischen Beeinträchtigungen** führen zu einer Beeinträchtigung der Selbständigkeit und zu einem personellen Unterstützungsbedarf durch Dritte.
- ☐ Der Unterstützungsbedarf besteht voraussichtlich **auf Dauer (mindestens sechs Monate)**.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

### HINWEIS FÜR ANGEHÖRIGE

- Attest in **Kopie** zum Antrag bzw. Widerspruch geben, Original behalten.
- Je konkreter der Alltagsbezug, desto wirksamer – geben Sie der Praxis gern Ihr **Pflegetagebuch** als Gedächtnisstütze mit (kostenlose Vorlage auf unserer Website).
- Fragen zum Verfahren? Wir unterstützen Sie persönlich: **0163 91 637 27** (auch WhatsApp).