

## Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst, bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, kann dies auch eine Angehörige, ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie tun.

Name der/des Versicherten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

An welchen Erkrankungen und Beeinträchtigungen leiden Sie und in etwa seit wann?

**Sie wurden bereits vom Medizinischen Dienst begutachtet: Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung verändert? Waren Sie seither im Krankenhaus? Wenn ja, aus welchen Gründen?**

Haben Sie eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?  ja  nein

**Bitte legen Sie aktuelle Befunde/Arztbriefe/Entlassberichte in Kopie bei.**

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?  ja, \_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_ Wochen  nein

### Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brille             | <input type="checkbox"/> Rollator                    | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte    |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese       | <input type="checkbox"/> Rollstuhl                   | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter       |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät           | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe Kl. II | <input type="checkbox"/> Duschstuhl             |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf         | <input type="checkbox"/> Toilettensstuhl             | <input type="checkbox"/> Pflegebett             |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung       | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze  |
| <input type="checkbox"/> Gehstock           | <input type="checkbox"/> Urinflasche                 | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |

andere:

Wie ist Ihre häusliche Situation? Ich lebe alleine  mit Pflegeperson  A  B  C  D  
mit \_\_\_\_\_

**Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause (Pflegeperson)?**

	Name, Vorname	Straße	PLZ	Wohnort	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
A						
B						
C						
D						

**Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie (A macht...; B macht...)?**

**Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?**

ja  nein

Wie oft? \_\_\_\_ mal täglich **oder** \_\_\_\_ mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes: \_\_\_\_\_

Was macht der Pflegedienst?

**Besuchen Sie in regelmäßigen Abständen eine Arztpraxis (Hausärztin/-arzt; Fachärztin/-arzt)?**

\_\_\_\_ mal monatlich  allein  Begleitung erforderlich  Arzt kommt ins Haus

**Besuchen Sie dauerhaft (über 6 Monate) eine Praxis zu Therapien?**

Krankengymnastik \_\_\_\_ mal wöchentlich  allein  mit Begleitung  
 Ergotherapie \_\_\_\_ mal wöchentlich  allein  mit Begleitung  
 Logopädie \_\_\_\_ mal wöchentlich  allein  mit Begleitung  
 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ mal wöchentlich  allein  mit Begleitung

**Nur wenn zutreffend: Können Sie...**

... Ihre Medikamente alleine vorbereiten?  ja  nein  
 ... Ihre Medikamente alleine einnehmen?  ja  nein, \_\_\_\_ mal täglich  
 ... sich Ihr Insulin alleine spritzen?  ja  nein, \_\_\_\_ mal täglich  
 ... sich alleine den Blutzucker messen?  ja  nein, \_\_\_\_ mal täglich  
 ... Ihre Kompressionsstrümpfe alleine an- und ausziehen?  ja  nein  
 ... Anderes (z. B. Wundverbände): \_\_\_\_\_  ja  nein, \_\_\_\_ mal täglich

**Können Sie Knöpfe schließen?**  ja  nein

**Können Sie die Hände... ..in den Nacken legen?**  ja  nein

**...zum Gesäß führen?**  ja  nein

**...zu den Füßen bringen?**  ja  nein

**Können Sie stehen?**  ja  nein

**Wenn ja:**  ohne Hilfe  nur, wenn ich mich festhalte  mit Stützen durch eine Pflegeperson

**Können Sie gehen?**  ja  nein

**Wenn ja:**  ohne Hilfe  mit Hilfsmittel/Festhalten  mit Stützen durch eine Pflegeperson

**Können Sie den Urin halten?**  ja  nein

**Können Sie den Stuhlgang halten?**  ja  nein

**Benötigen Sie nachts personelle Hilfe (z. B. Toilettengang)?**  nein  ja, wie oft? \_\_\_\_\_

**Brauchen Sie personelle Hilfe ... bei**

Aufsetzen im Bett	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Aus dem Bett aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Stabil auf einem Stuhl sitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Gehen – innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Sich im Rollstuhl fortbewegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen – Oberkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen – Unterkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
An- und Auskleiden – Oberkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
An- und Auskleiden – Unterkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Speisen kleinschneiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Getränkeflaschen öffnen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Umgang mit Inkontinenz- produkten, z.B. Vorlagen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett

**Bestehen Schwierigkeiten beim.....?**

*Bitte kurze Beschreibung*

Sprechen:  ja, welche \_\_\_\_\_  nein

Hören:  ja, welche \_\_\_\_\_  nein

Sehen:  ja, welche \_\_\_\_\_  nein

**Können Sie ...**

- ... nahestehende Personen erkennen?  ja  nein
- ... sich zeitlich orientieren? (z. B. Wochentag, Tageszeit)  ja  nein
- ... sich in der Wohnung orientieren?  ja  nein
- ... sich außerhalb der Wohnung orientieren?  ja  nein

**Können Sie ...**

- ... sich an kurz zurückliegende Ereignisse (z. B. Frühstück) erinnern?  ja  nein
- ... sich an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben (z. B. Beruf) erinnern?  ja  nein
- ... einem Gespräch folgen?  ja  nein
- ... die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einhalten?  ja  nein
- ... Gefahren im Haushalt erkennen (z. B. Stolperschwellen, Stromquellen)?  ja  nein
- ... Sachverhalte (z.B. aus der Zeitung) nachvollziehen?  ja  nein

**Benötigen Sie Hilfe bei psychischen Problemen (z. B. Wahnvorstellungen, grundloses ständiges Rufen)?**

nein  ja, welche

Wenn ja, wie oft (z. B. täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich)?

---

Welche Unterstützung ist dann notwendig?

---

**Können Sie ...**

- ... sich tagsüber beschäftigen (z. B. Handarbeit, TV sehen, Radio hören)?  ja  nein
- ... alleine ein Treffen mit einer Freundin/einem Freund planen?  ja  nein
- ... ohne Hilfe telefonieren?  ja  nein

**Wünschen Sie die Zusendung des Gutachtens?**

ja  nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

**Falls Sie die Fragen nicht selbst beantwortet haben:**

Die Fragen wurden beantwortet von: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Funktion (z. B. Betreuer/in): \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift



**Bitte beachten Sie, dass diese Selbstauskunft digitalisiert und das Papierdokument datenschutzkonform vernichtet wird!**