

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!