**Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

(Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus. Falls Sie den Bogen nicht selbst
ausfüllen können, kann dies auch ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie tun.)

***Hinweis:*** Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist **freiwillig**. Die Angaben erleichtern jedoch die Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst Hessen (MD).
Gerne können Sie ein zusätzliches Blatt anfügen.

**Name des Versicherten: Geburtsdatum:**

Größe: \_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_ kg

1. Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen? [ ]  nein [ ]  ja, \_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_ Wochen
Wenn ja, was ist aus Ihrer Sicht der Grund?
2. An welchen Erkrankungen leiden Sie? Legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe in Kopie bei.
3. Benötigen Sie Hilfe bei der Einhaltung einer ärztlich angeordneten Diät? [ ]  nein [ ]  ja
Wenn ja, bitte erläutern
4. Leiden Sie an Lähmungen, Luftnot oder Schmerzen?
Bitte erläutern:
5. Liegt eine Inkontinenz vor? [ ]  nein [ ]  Stuhlinkontinenz [ ]  Harninkontinenz
Welche Hilfe ist erforderlich?

**Fragebogen zur Pflegesituation von Geburtsdatum:**

1. Falls Sie schon einmal vom Medizinischen Dienst begutachtet worden sind: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?
2. Wie oft suchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) Ärzte in der Praxis auf?

\_\_ mal im Quartal \_\_ mal im Monat [ ]  allein [ ]  Begleitung erforderlich

1. Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?

Krankengymnastik \_\_\_ mal wöchentlich allein [ ]  mit Begleitung [ ]

Ergotherapie \_\_\_ mal wöchentlich allein [ ]  mit Begleitung [ ]

Logopädie \_\_\_ mal wöchentlich allein [ ]  mit Begleitung [ ]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ mal wöchentlich allein [ ]  mit Begleitung [ ]

1. Benötigen Sie Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet wurden?

[ ]  nein

[ ]  Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen \_\_\_\_ mal täglich

[ ]  Injektionen, z.B. Insulin \_\_\_\_ mal täglich

[ ]  Blutzucker-Messung \_\_\_\_ mal täglich

[ ]  Kompressionsstrümpfe \_\_\_\_ mal täglich

[ ]  Wundverbände \_\_\_\_ mal pro Woche

Um welche Wunden handelt es sich? Seit wann bestehen sie?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Welche Hilfsmittel benutzen Sie?

[ ]  Brille

[ ]  Zahnprothese

[ ]  Hörgerät

[ ]  Gehstützen

[ ]  Rollator

[ ]  Rollstuhl

[ ]  Duschstuhl

[ ]  Badewannensitz/-lifter

[ ]  Pflegebett

[ ]  Antidekubitusmatratze

[ ]  WC-Sitzerhöhung

[ ]  Toilettenstuhl

[ ]  Urinflasche

[ ]  Vorlagen/Windeln

[ ]  Blasenkatheter:
 [ ] durch die Harnröhre
 [ ] durch die Bauchdecke

[ ]  Stoma

[ ]  Magensonde

[ ]  Ernährungspumpe

[ ]  Kompressionsstrümpfe

[ ]  Korsett

[ ]  Sauerstoffgerät

[ ]  Hausnotruf

andere: ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fragebogen zur Pflegesituation von Geburtsdatum:**

1. Wie ist Ihre Situation?

Ich lebe alleine [ ]  ja [ ]  nein

Ich werde in einer Tagespflege versorgt [ ]  ja, \_\_\_\_\_\_\_ mal/Woche

Ich lebe in einer Pflegeeinrichtung [ ]  ja (weiter bei Punkt 15)

1. Wenn Sie zu Hause leben, wer pflegt Sie regelmäßig?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Name\*, Vorname\* | Straße\* | PLZ\* | Wohnort\* | Tage pro Woche | Stunden pro Woche |
| A |  |  |  |  |  |  |
| B |  |  |  |  |  |  |
| C |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |

\*Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en)

1. Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie (A macht …, B macht … )?
2. Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt? [ ]  nein [ ]  ja

wenn ja, Name des Pflegedienstes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Was macht der Pflegedienst?

1. Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? [ ]  nein [ ]  ja

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde die Rehabilitation [ ]  ambulant oder [ ]  stationär durchgeführt?

war sie [ ]  geriatrisch oder [ ]  indikationsspezifisch (z.B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

**Fragebogen zur Pflegesituation von Geburtsdatum:**

1. Brauchen Sie Hilfe bei .… Wenn ja, bitte erläutern, was die Hilfsperson genau
 macht:

Aufsetzen im Bett [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stehen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gehen bzw. sich im Rollstuhl bewegen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treppensteigen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erkennen von Personen aus dem Alltag [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientieren zu Zeit und/oder Ort [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erinnern an kurz zurückliegende Ereignisse [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erinnern an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alltagshandlungen gezielt durchführen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sinnvolle Entscheidungen treffen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verstehen von Informationen und Aufforderungen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gefahren erkennen (z.B. Herd anlassen, Straßenverkehr) [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sinnvolles Gespräch führen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Körperpflege ­ [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anziehen von Schuhen und Strümpfen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Knöpfe öffnen und schließen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mahlzeit essen / Getränk trinken [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toilettenbenutzung [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungen [ ]  nein [ ]  ja­­­­­­:­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

der Versorgung in der Nacht [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terminplanungen [ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kommunikation mit anwesenden Personen[ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonieren, Briefe oder E-Mails schreiben[ ]  nein [ ]  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fragebogen zur Pflegesituation von Geburtsdatum:**

1. Benötigen Sie Hilfe aufgrund von psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Unruhe, Aggression, Ängste, Wahnvorstellungen?

[ ]  nein [ ]  ja ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

Wenn ja, welche Hilfe ist **wie oft** erforderlich? Bitte erläutern.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wünschen Sie die Zusendung des Gutachtens?** [ ]  nein [ ]  ja

**Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben:**

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie eine Telefonnummer für Rückfragen an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können:**

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

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

Funktion (z.B. Betreuer) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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