**Auskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

(Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus)

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

***Hinweis:*** Das Ausfüllen der Auskunft 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 Kindes : <Vorname>, <Name> Geburtsdatum: <GebDatum>**

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

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

Wenn ja, was ist aus Ihrer Sicht der Grund?

1. An welchen Erkrankungen/Beeinträchtigungen leidet Ihr Kind? Legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe in Kopie bei.
2. Falls Ihr Kind schon einmal vom Medizinischen Dienst begutachtet worden ist: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?
3. Ist die Sauberkeitserziehung Ihres Kindes abgeschlossen?  nein  ja

Wenn nein, wofür werden Windeln benötigt?  Urin  Stuhlgang

1. Wie oft suchen Sie mit dem Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) Ärzte in der Praxis auf?

\_\_ mal im Quartal \_\_ mal im Monat  Begleitung erforderlich

1. Besucht Ihr Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?

Krankengymnastik\_\_\_\_ mal wöchentlich   
Müssen Sie während der Behandlung dabei bleiben  nein  ja

Ergotherapie \_\_\_\_ mal wöchentlich   
Müssen Sie während der Behandlung dabei bleiben  nein  ja

Logopädie \_\_\_\_ mal wöchentlich   
Müssen Sie während der Behandlung dabei bleiben  nein  ja

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ mal wöchentlich   
Müssen Sie während der Behandlung dabei bleiben  nein  ja

1. Benötigt Ihr Kind Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet wurden?  nein

Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (Richten u/o Verabreichen) \_\_\_ mal täglich

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

Blutzucker-Messung \_\_\_ mal täglich

Orthesen \_\_\_ mal täglich

Abführmaßnahmen \_\_\_\_ mal wöchentlich oder \_\_\_\_ mal monatlich

Wundverbände \_\_\_\_ mal wöchentlich  
Um welche Wunden handelt es sich? Seit wann bestehen sie?

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

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

1. Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt Ihr Kind?

Brille

Hörgerät

Gehstützen

Rollstuhl

Badeliege

Pflegebett

Antidekubitusmatratze

Toilettensitz

Toilettenstuhl

Urinflasche

Vorlagen/Windeln

Blasenkatheter

durch die Harnröhre

durch die Bauchdecke

Stoma

Magensonde

Ernährungspumpe

Korsett

Orthesen

Sauerstoffgerät

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

1. Wie ist die Situation?

Das Kind lebt mit folgenden Personen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Das Kind lebt in einer Pflegeeinrichtung/Einrichtung der Behindertenhilfe  ja (weiter bei Punkt 13)

1. Wer pflegt das Kind regelmäßig zu Hause?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 das Kind (A macht…, B macht…)?
2. Unterstützt zu Hause ein Pflegedienst?  nein  ja

**Wenn ja, Name und Ort des Pflegedienstes:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wie oft?** \_\_\_\_mal tgl. oder \_\_\_\_mal wöchentlich.

**Was macht der Pflegedienst?**

1. Hat Ihr Kind in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?  nein  ja

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

Wurde die Rehabilitationambulant oder  stationär durchgeführt?

War sie speziell für Kinder und Jugendliche oder indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

1. Braucht Ihr Kind Hilfe bei… Wenn ja, bitte erläutern, was die Hilfsperson genau macht

Bitte antworten Sie unabhängig vom Alter Ihres Kindes.

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

Stehen  nein  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Treppensteigen  nein  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erkennen von nahestehenden Personen  nein  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Erinnern an zurückliegende Ereignisse  nein  ja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alltagshandlungen gezielt durchführen  nein  ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sinnvolle Entscheidungen treffen  nein  ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Bedürfnisse wie Hunger oder Durst äußern  nein  ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gefahren erkennen (z.B. Rote Ampel, Klettern auf Regal)  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 (z.B. Spielen, Basteln, Fernsehen)  nein  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

über den Tag hinaus planen (z.B. Wochenplan erstellen)  nein  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich  nein  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Braucht Ihr Kind Hilfe aufgrund von psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Unruhe, Aggressionen, Ängsten oder Wahnvorstellungen?   
    nein  ja  
   Wenn ja, was machen Sie, um Ihrem Kind zu helfen? Wie oft ist Ihre Hilfe 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:

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

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Verhältnis zum Kind (z.B.: Mutter, Betreuer): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  |  |