

## 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 :**

**Geburtsdatum:**

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?
- 2. An welchen Erkrankungen/Beeinträchtigungen leidet Ihr Kind?** Legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe in Kopie bei.
- 3. Falls Ihr Kind schon einmal vom Medizinischen Dienst begutachtet worden ist: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?**
- 4. Ist die Sauberkeitserziehung Ihres Kindes abgeschlossen?**  nein  ja  
Wenn nein, wofür werden Windeln benötigt?  Urin  Stuhlgang
- 5. 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
- 6. 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

7. 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?

---



---

8. Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt Ihr Kind?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brille                | <input type="checkbox"/> Toilettensitz        | <input type="checkbox"/> Stoma           |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät              | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl       | <input type="checkbox"/> Magensonde      |
| <input type="checkbox"/> Gehstützen            | <input type="checkbox"/> Urinflasche          | <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl             | <input type="checkbox"/> Vorlagen/Windeln     | <input type="checkbox"/> Korsett         |
| <input type="checkbox"/> Badeliege             | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter       | <input type="checkbox"/> Orthesen        |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett            | <input type="checkbox"/> durch die Harnröhre  | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät |
| <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> durch die Bauchdecke |  |

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

**9. Wie ist die Situation?**

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

Das Kind lebt in einer Pflegeeinrichtung/Einrichtung der Behindertenhilfe  ja (weiter bei Punkt 13)**10. 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 erforderlichlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en).

**11. Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für das Kind (A macht..., B macht...)?****12. 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?

**13. Hat Ihr Kind 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  speziell für Kinder und Jugendliche oder  indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

## 14. 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: \_\_\_\_\_

15. 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):

---