**Auskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

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

***Hinweis:*** Das Ausfüllen der Auskunft ist **freiwillig**. Wir bitten Sie jedoch um Mithilfe, denn Ihre Angaben erleichtern die   
Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den   
Medizinischen Dienst Hessen (MD).

**Name des Kindes : Geburtsdatum:**

Größe ........... cm Gewicht ......... kg

**Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?** 🞏 ja, \_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_ Wochen 🞏 nein  
**An welchen Erkrankungen/Beeinträchtigungen litt Ihr Kind?**

**Falls Ihr Kind schon einmal vom Medizinischen Dienst begutachtet worden war: Was hatte sich seit der letzten Begutachtung verändert?**

**Falls vorhanden, legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe/Klinikberichte in Kopie bei.**

**Wie oft suchten Sie mit dem Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) Ärzte in der Praxis auf?**

\_\_\_ mal monatlich 🞏 allein 🞏 Begleitung erforderlich

**Besuchte Ihr Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Krankengymnastik  Ergotherapie  Logopädie | \_\_\_\_ mal wöchentlich  \_\_\_\_ mal wöchentlich  \_\_\_\_ mal wöchentlich | Mussten Sie während der Behandlung dabei bleiben 🞏 Ja  Mussten Sie während der Behandlung dabei bleiben 🞏 Ja Mussten Sie während der Behandlung dabei bleiben 🞏 Ja  Mussten Sie während der Behandlung dabei bleiben 🞏 Ja |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ mal wöchentlich |

**Benötigte 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 🞏 Hilfe beim Anziehen \_\_\_ mal täglich 🞏 Hilfe beim Ausziehen

🞏 Abführmaßnahmen \_\_\_ mal wöchentlich oder \_\_\_\_ mal monatlich

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

**Fragebogen zur Pflegesituation von:**

2

**Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzte Ihr Kind?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Brille  🞏 Zahnprothese  🞏Hörgerät  🞏 Gehstützen  🞏 Handgehstock  🞏 Rollator | 🞏 Rollstuhl 🞏 kleine Vorlagen  🞏 Korsett 🞏 Windeln  🞏 Orthesen 🞏 Urinflasche  🞏 Hausnotruf 🞏 Urinbeutel  🞏 Ernährungspumpe 🞏 WC-Sitzerhöhung  🞏 Magensonde (PEG) 🞏 Stoma ( 🞏 Blase 🞏 | 🞏 Toilettenstuhl  🞏 Badehilfe  🞏 Duschstuhl  🞏 Pflegebett  🞏 Antidekubitusmatratze  Darm) |
| 🞏 Blasenkatheter ( | 🞏 durch die Harnröhre 🞏 durch die Bauchdecke ) |  |

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

**Wie war die häusliche Situation?**

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

🞏 mit Pflegeperson 🞏 A 🞏 B 🞏 C 🞏 D (Vgl. nachfolgende Tabelle)

**Wer pflegte 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).

**Was genau machten die einzelnen Pflegepersonen für das Kind (A macht…., B macht….)?**

**Unterstützte zu Hause ein Pflegedienst?** 🞏 ja 🞏 nein

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

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

**Was machte der Pflegedienst?**

**Fragebogen zur Pflegesituation von:**

2

**Hatte Ihr Kind in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?** 🞏 nein

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)

**Brauchte Ihr Kind bei folgenden Tätigkeiten personelle Hilfe?**

sich im Bett drehen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

aus dem Bett aufstehen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

stabil auf einem Stuhl sitzen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

gehen bzw. sich im Rollstuhl fortbewegen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

Treppen steigen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

Knöpfe öffnen und schließen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

Speisen kleinschneiden 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

essen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

trinken 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

Konnte Ihr Kind die Hände...? 🞏 in den Nacken legen 🞏 zum Gesäß führen 🞏 zu den Füßen bringen

Konnte Ihr Kind frei stehen? 🞏 ja 🞏 nein 🞏 nur, wenn es sich irgendwo festhielt

**War die Sauberkeitserziehung Ihres Kindes abgeschlossen?** 🞏 ja 🞏 nein

**Wenn nein, wofür wurden Windeln benötigt?** 🞏 Urin 🞏 Stuhlgang

**Benötigte Ihr Kind nachts Hilfe** (z .B. Toilettengang)**?** 🞏 ja, \_\_\_ mal 🞏 nein

**Hatte Ihr Kind Probleme…?**

🞏 sich zu orientieren 🞏 zeitlich (z.B. Wochentag, Datum, Tageszeit) 🞏 örtlich (z.B. Adresse)

🞏 sich zu erinnern 🞏 an kurz zurückliegende Ereignisse (z.B. Frühstück)

🞏 an wichtige Ereignisse aus seinem Leben (………..)

🞏 zu verstehen 🞏 Sachverhalte 🞏 Aufforderungen 🞏 Gesprächsinhalte

🞏 nahestehende Personen (z.B. Großeltern, Freunde) zu erkennen 🞏 ja 🞏 nein

🞏 Gefahren zu erkennen/vermeiden (z.B. rote Ampel, Klettern auf Regal) 🞏 ja 🞏 nein

🞏 die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten 🞏 ja 🞏 nein

**Traten Verhaltensauffälligkeiten auf, bei denen Ihr Kind Hilfe brauchte**? Wenn ja, welche (z.B. Aggression, Abwehr, Ängste, Wahnvorstellungen)? Was machten Sie, um Ihrem Kind zu helfen?

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

**Fragebogen zur Pflegesituation von:**

2

**Konnte Ihr Kind ohne personelle Hilfe …?**

sich beschäftigen (z.B. Spielen, Basteln, Fernsehen) 🞏 ja 🞏 nein

nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen 🞏 ja 🞏 nein

über den Tag hinaus planen (z.B. Tages-, Wochenplan erstellen) 🞏 ja 🞏 nein

telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich 🞏 ja 🞏 nein

**Benötigte Ihr Kind personelle Hilfe beim …?**

Verlassen der Wohnung 🞏 ja 🞏 nein

Fortbewegen außerhalb der Wohnung 🞏 ja 🞏 nein

Mitfahren im Auto 🞏 ja 🞏 nein

Fahren im Bus 🞏 ja 🞏 nein

Besuch öffentlicher Veranstaltungen (z.B. Konzert, Schulveranstaltung) 🞏 ja 🞏 nein

**Wünschen Sie die Zusendung des Gutachtens?**  🞏 ja 🞏 nein

Ort, Datum, Unterschrift

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

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

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