

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?☐ Brille☐ Toilettensitz☐ Stoma☐ Hörgerät☐ Toilettensstuhl☐ Magensonde☐ Gehstützen☐ Urinflasche☐ Ernährungspumpe☐ Rollstuhl☐ Vorlagen/Windeln☐ Korsett☐ Badeliege☐ Blasenkatheter☐ Orthesen☐ Pflegebett☐ durch die Harnröhre☐ Sauerstoffgerät☐ Antidekubitusmatratze☐ 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 erforderlich 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):
