

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.
Gerne können Sie ein zusätzliches Blatt anfügen.

Name der/des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

1. Wie ist Ihre häusliche Wohnsituation?

Ich lebe ...

☐ alleine

☐ mit folgenden Personen im gemeinsamen Wohnraum: _____

☐ Ich werde in einer Tagespflege versorgt, _____ mal pro Woche

☐ Ich lebe in einer Pflegeeinrichtung

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

	Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	Tage pro Woche*	Stunden pro Woche*
A						
B						
C						

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

Pflegeperson A unterstützt mich bei folgenden Tätigkeiten:

Pflegeperson B unterstützt mich bei folgenden Tätigkeiten:

Pflegeperson C unterstützt mich bei folgenden Tätigkeiten:

3. 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?

4. Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation 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)**5. An welchen Erkrankungen leiden Sie?**Bitte fügen Sie nur **Kopien** von **aktuellen** Arzt-/Rehabilitations-/Klinikberichten, Listen verordneter Medikamente oder Pflegedokumentationen hinzu.**6. Beschreiben Sie bitte kurz welche Probleme im Alltag bestehen und bei was sie Hilfe benötigen.****7. Falls Sie schon einmal begutachtet wurden: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?****8. Benötigen Sie Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet wurden?**☐ Medikamente richten☐ Medikamente einnehmen _____ mal täglich☐ Blutzucker-Messung _____ mal täglich☐ Injektionen, z.B. Insulin _____ mal täglich☐ Wundverbände _____ mal pro Woche☐ Kompressionsstrümpfe _____ mal täglichUm **welche** Wunden handelt es sich? **Seit wann** bestehen sie?

9. Welche Hilfsmittel benutzen Sie?

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|
| ☐ Brille | ☐ Rollstuhl | ☐ Urinflasche | ☐ Magensonde (PEG) |
| ☐ Zahnprothese | ☐ BZ-Messgerät | ☐ Inkontinenzprodukte | ☐ Ernährungspumpe |
| ☐ Hörgerät | ☐ Insulin Pen | ☐ Badehilfe | ☐ Blasenkatheter: |
| ☐ Hausnotruf | ☐ Kompressionsstrümpfe | ☐ Duschstuhl | ☐ durch die Harnröhre |
| ☐ Gehstützen | ☐ Orthesen | ☐ Pflegebett | ☐ durch die Bauchdecke |
| ☐ Handgestock | ☐ Toilettenstuhl | ☐ Antidekubitusmatratze | ☐ künstlicher Ausgang (Stoma): |
| ☐ Rollator | ☐ WC-Sitzerhöhung | ☐ Sauerstoffgerät | ☐ Blase |
| | | | ☐ Darm |
- ☐ weitere Hilfsmittel _____

10. Erfolgen dauerhaft (länger als 6 Monate) ambulante Therapien?

- Krankengymnastik ____ mal wöchentlich ☐ allein oder ☐ mit Begleitung zur Praxis / ☐ Hausbesuch
- Ergotherapie ____ mal wöchentlich ☐ allein oder ☐ mit Begleitung zur Praxis / ☐ Hausbesuch
- Logopädie ____ mal wöchentlich ☐ allein oder ☐ mit Begleitung zur Praxis / ☐ Hausbesuch
- _____ ____ mal wöchentlich ☐ allein oder ☐ mit Begleitung zur Praxis / ☐ Hausbesuch

11. Wie oft suchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) Ärzte in der Praxis auf?

- __ mal im Quartal __ mal im Monat ☐ allein ☐ Begleitung erforderlich

12. Können Sie ...

- | | | | |
|-----------------|--|---|--|
| den rechten Arm | ☐ in den Nacken legen | ☐ zum Ohr führen | ☐ zum Mund führen |
| den linken Arm | ☐ in den Nacken legen | ☐ zum Ohr führen | ☐ zum Mund führen |

- | | | | |
|----------------------|--|--|---------|
| mit der rechten Hand | ☐ hinter den Rücken | ☐ bis zum Gesäß | greifen |
| mit der linken Hand | ☐ hinter den Rücken | ☐ bis zum Gesäß | greifen |

Ist die Feinmotorik der Hände beeinträchtigt? ☐ nein ☐ ja

☐ Falls ja, beschreiben Sie kurz warum und was Ihnen nicht mehr gelingt:

- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| Können Sie mit den Händen die Füße erreichen? | ☐ nein | ☐ ja | ☐ nur die Sprunggelenke |
| Können Sie stehen? | ☐ nein | ☐ ja, frei | ☐ nur mit festhalten |
| Bestehen Seheinschränkungen? | ☐ nein | ☐ ja | |
| Bestehen Hörbeeinträchtigungen? | ☐ nein | ☐ ja | |

13. Größe: ____ cm Gewicht: ____ kg

Besteht eine ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen? ☐ nein ☐ ja, ____ kg seit ____ Wochen

Wenn ja, was ist aus Ihrer Sicht der Grund?

14. Wie viel personelle Hilfe benötigen Sie bei folgenden Tätigkeiten?

Drehen / Aufrichten im Bett	☐ keine	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ gelingt nicht
Halten einer stabilen Sitzposition	☐ keine	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ gelingt nicht
Umsetzen von Bettkante, Stuhl, Sessel, ...	☐ keine	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ gelingt nicht
Fortbewegen (auch mittels Rollstuhl)	☐ keine	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ gelingt nicht
Treppensteigen	☐ keine	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ gelingt nicht
Speisen kleinschneiden	☐ keine	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ gelingt nicht
Getränke eingießen	☐ keine	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ gelingt nicht
Getränke trinken	☐ keine	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ gelingt nicht
Mahlzeiten essen	☐ keine	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ gelingt nicht

15. Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege und dem Kleiden? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz wobei Sie Hilfe benötigen:

16. Leiden Sie an einer Harn- oder Stuhlinkontinenz? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, muss das Inkontinenzmaterial mehr als 1x tgl. gewechselt werden? ☐ nein ☐ ja

17. Benötigen Sie nachts Hilfe? ☐ nein ☐ ja, ____ mal pro Nacht.**18. Haben Sie Schwierigkeiten: (wenn ja bitte ankreuzen)**

- ☐ sich an zurückliegende Ereignisse des heutigen Tages zu erinnern
- ☐ sich an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben zu erinnern (z.B. Beruf, Schulbildung, Eheschließung, Freunde)
- ☐ sich zeitlich zu orientieren (z.B. Wochentag, Monat/Jahr, Tageszeit)
- ☐ sich örtlich zu orientieren (z.B. Adresse, Umgebung um Wohnung/Haus)
- ☐ einfache Sachverhalte inhaltlich zu verstehen (einfache Gespräche)
- ☐ schwierige Sachverhalte inhaltlich zu verstehen (Nachrichten, Tageszeitung)
- ☐ die Reihenfolge der Handlungsschritte zu kennen (z.B. Ankleiden, Tischdecken, Kaffee kochen)
- ☐ Ihnen nahestehende Personen zu erkennen
- ☐ Gefahren zu erkennen, z.B. ☐ einfach über die Straße laufen, ☐ die Temperatur von Getränken erkennen
- ☐ sich ohne fremde Hilfe zu beschäftigen (TV schauen, lesen, Handarbeit, Radio hören)
- ☐ über den Tag hinaus zu planen (z.B. Termine telefonisch zu vereinbaren)
- ☐ Kontakt mit anderen Menschen zu pflegen (z.B. mit dem Telefon umgehen)

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

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, erläutern Sie bitte **welche Hilfe** ist **wie oft** erforderlich? Bitte geben Sie auch an, ob Sie diesbezüglich Medikamente einnehmen.

20. Benötigen Sie personelle Hilfe bei/beim: (wenn ja bitte ankreuzen)

- ☐ Verlassen der Wohnung
- ☐ Mitfahren in einem Auto
- ☐ Fahren im Bus/Taxi
- ☐ Besuch öffentlicher Veranstaltungen (z.B. Gottesdienst)
- ☐ Einkaufen
- ☐ einfachen Aufräumarbeiten (Tisch decken/abräumen, spülen)
- ☐ aufwendigen Aufräumarbeiten (z.B. Wäsche waschen, Staub saugen, Boden wischen)
- ☐ Ausfüllen von Formularen
- ☐ der Nutzung von Dienstleistungen (Pflegedienst, Friseurtermin, etc. organisieren)
- ☐ der Regelung finanzieller oder behördlicher Angelegenheiten

21. Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen

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 ausgefüllt haben:

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname _____

Funktion (z.B. Betreuer) _____

Ort, Datum, Unterschrift _____