

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 (MD).
Gerne können Sie ein zusätzliches Blatt anfügen.

Name des Versicherten:

Geburtsdatum:

Größe: ____ cm Gewicht: ____ kg

1. **Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?** nein ja, ____ kg seit ____ Wochen
Wenn ja, was ist aus Ihrer Sicht der Grund?

2. **An welchen Erkrankungen leiden Sie?** Legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe in Kopie bei.

3. **Benötigen Sie Hilfe bei der Einhaltung einer ärztlich angeordneten Diät?** nein ja
Wenn ja, bitte erläutern

4. **Leiden Sie an Lähmungen, Luftnot oder Schmerzen?**
Bitte erläutern:

5. **Liegt eine Inkontinenz vor?** nein Stuhlinkontinenz Harninkontinenz
Welche Hilfe ist erforderlich?

6. Falls Sie schon einmal vom Medizinischen Dienst begutachtet worden sind: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?

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

___ mal im Quartal ___ mal im Monat allein Begleitung erforderlich

8. Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?

Krankengymnastik	___ mal wöchentlich	allein <input type="checkbox"/>	mit Begleitung <input type="checkbox"/>
Ergotherapie	___ mal wöchentlich	allein <input type="checkbox"/>	mit Begleitung <input type="checkbox"/>
Logopädie	___ mal wöchentlich	allein <input type="checkbox"/>	mit Begleitung <input type="checkbox"/>
_____	___ mal wöchentlich	allein <input type="checkbox"/>	mit Begleitung <input type="checkbox"/>

9. Benötigen Sie Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet wurden?

- nein
- Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen ___ mal täglich
- Injektionen, z.B. Insulin ___ mal täglich
- Blutzucker-Messung ___ mal täglich
- Kompressionsstrümpfe ___ mal täglich
- Wundverbände ___ mal pro Woche

Um welche Wunden handelt es sich? Seit wann bestehen sie?

10. Welche Hilfsmittel benutzen Sie?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Magensonde |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe |
| <input type="checkbox"/> Gehstützen | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Korsett |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Vorlagen/Windeln | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter: | <input type="checkbox"/> Hausnotruf |
| <input type="checkbox"/> Badewannensitz/-lifter | <input type="checkbox"/> durch die Harnröhre | |
| | <input type="checkbox"/> durch die Bauchdecke | |

andere: _____

11. Wie ist Ihre Situation?

Ich lebe alleine ja nein

Ich werde in einer Tagespflege versorgt ja, _____ mal/Woche

Ich lebe in einer Pflegeeinrichtung ja (weiter bei Punkt 15)

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

	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)

13. Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie (A macht ..., B macht ...)?

14. 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?

15. Haben Sie 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 geriatrisch oder indikationsspezifisch (z.B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

16. Brauchen Sie Hilfe bei

Wenn ja, bitte erläutern, was die Hilfsperson genau macht:

- Aufsetzen im Bett nein ja: _____
- Stehen nein ja: _____
- Gehen bzw. sich im Rollstuhl bewegen nein ja: _____
- Treppensteigen nein ja: _____
- Erkennen von Personen aus dem Alltag nein ja: _____
- Orientieren zu Zeit und/oder Ort nein ja: _____
- Erinnern an kurz zurückliegende Ereignisse nein ja: _____
- Erinnern an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben nein ja: _____
- Alltagshandlungen gezielt durchführen nein ja: _____
- Sinnvolle Entscheidungen treffen nein ja: _____
- Verstehen von Informationen und Aufforderungen nein ja: _____
- Gefahren erkennen (z.B. Herd anlassen, Straßenverkehr) 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 nein ja: _____
- der Versorgung in der Nacht nein ja: _____
- Terminplanungen nein ja: _____
- Kommunikation mit anwesenden Personen nein ja: _____
- Telefonieren, Briefe oder E-Mails schreiben nein ja: _____

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

nein ja

Wenn ja, welche Hilfe ist **wie oft** 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:

Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können:

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname _____

Funktion (z.B. Betreuer) _____

Ort, Datum, Unterschrift _____