

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):
