

## Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

**Hinweise:** Mit Ihren Angaben erleichtern Sie die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den MDK. Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist selbstverständlich **freiwillig**. 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.

Name der Antragstellerin/des Antragstellers (des Kindes) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?  ja, \_\_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_\_ Wochen  nein

**An welchen Erkrankungen und Beeinträchtigungen leidet Ihr Kind und seit etwa wann?**

**Ihr Kind wurde bereits vom MDK begutachtet: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?**

Wenn möglich, legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe bei (Kopie ausreichend).

Hat Ihr Kind in den letzten 4 Jahren an einer Rehabilitation (Kur) teilgenommen?  ja  nein

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt?  ambulant  stationär

In welcher Form?

Rehabilitation für Kinder und Jugendliche  familienorientierte Rehabilitation  andere

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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brille             | <input type="checkbox"/> Rollator                    | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte        |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese       | <input type="checkbox"/> Rollstuhl                   | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter           |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät           | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe Kl. II | <input type="checkbox"/> Duschstuhl                 |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf         | <input type="checkbox"/> Toilettensstuhl             | <input type="checkbox"/> Pflegebett                 |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung       | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze      |
| <input type="checkbox"/> Gehstock           | <input type="checkbox"/> Urinflasche                 | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator     |
| <input type="checkbox"/> Reha-Buggy         | <input type="checkbox"/> angepasste Sitzschale       | <input type="checkbox"/> Therapiestuhl              |
| <input type="checkbox"/> Monitor            | <input type="checkbox"/> Lagerungsschienen           | <input type="checkbox"/> angepasster Autokindersitz |
| <input type="checkbox"/> Inhaliergerät      | <input type="checkbox"/> Stehtrainer                 |   |

andere:

Wie ist die häusliche Situation? Ihr Kind lebt...  mit Pflegeperson  A  B  C  D

Wer pflegt Ihr Kind regelmäßig zu Hause?

	Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	Pflege- tage pro Woche *	Pflege- stunden pro Woche*	Weitere Pflegebedürftige, die von den Pflegepersonen gepflegt werden*
A							
B							
C							
D							

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

Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für das Kind (A macht...; B macht...)?

Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?  ja  nein

Wie oft? \_\_\_ mal täglich oder \_\_\_ mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes:

Was macht der Pflegedienst?

Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Arztpraxis?

\_\_\_ mal monatlich  allein  Begleitung erforderlich

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

Krankengymnastik \_\_\_ mal wöchentlich  allein  mit Begleitung  in der Schule/im Kindergarten

Ergotherapie \_\_\_ mal wöchentlich  allein  mit Begleitung  in der Schule/im Kindergarten

Logopädie \_\_\_ mal wöchentlich  allein  mit Begleitung  in der Schule/im Kindergarten

Frühförderung \_\_\_ mal wöchentlich  allein  mit Begleitung  in der Schule/im Kindergarten

\_\_\_\_\_ \_\_\_ mal wöchentlich  allein  mit Begleitung  in der Schule/im Kindergarten

Benötigt Ihr Kind Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet wurden?  nein

Welche Medikamente muss ihr Kind regelmäßig einnehmen?

- Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (Richten u/o Verabreichen) \_\_\_\_\_ mal täglich
- Injektionen, z. B. Insulin \_\_\_\_\_ mal täglich
- Blutzuckermessung \_\_\_\_\_ mal täglich
- Blutdruckmessung \_\_\_\_\_ mal täglich
- Inhalieren \_\_\_\_\_ mal täglich
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (nach Anleitung durch Therapeuten) \_\_\_\_\_ mal täglich

andere:

Braucht Ihr Kind bei folgenden Verrichtungen **personelle Hilfe**?

Bei Kindern unter 18 Monaten ist die Angabe zu diesen Fragen nicht erforderlich

sich im Bett drehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
aus dem Bett aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
stabil auf einem Stuhl sitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
sich im Rollstuhl fortbewegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen/Baden/Duschen <i>Bei Kindern unter 3 Jahren und 6 Monaten ist die Angabe nicht erforderlich</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Hilfe bei Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Speisen kleinschneiden <i>Bei Kindern unter 2 Jahren ist die Angabe nicht erforderlich</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett

Wird Ihr Kind über eine Sonde ernährt?  mit Spritze  mit Pumpe  mittels Schwerkraft

Welche weiteren Probleme gibt es beim Essen und Trinken?

Hat Ihr Kind Probleme beim Bewegen von Armen, Händen und Fingern? Welche?

Leidet Ihr Kind an (Angabe ab 5 Jahren)  einer Blaseninkontinenz  einer Darminkontinenz

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

**Benötigt Ihr Kind personelle Unterstützung bei...?***Bei Kindern unter 18 Monaten ist die Angabe zu diesen Fragen nicht erforderlich* sich **zeitlich** zu orientieren (z. B. Wochentag, Datum, Tageszeit)*Bei Kindern unter 2 Jahren und sechs Monaten ist diese Angabe nicht erforderlich* sich **örtlich** zu orientieren (z. B. Adresse) sich zu **erinnern**  an kurz zurückliegende Ereignisse (z. B. Frühstück) an wichtige Ereignisse (z. B. Feste, Urlaub, Ausflüge) zu **verstehen***Bei Kindern unter 4 Jahren ist die Angabe nicht erforderlich* Sachverhalte / Regeln / Verbote  Aufforderungen  Gesprächsinhalte die nahestehenden Personen zu erkennen  ja  nein Gefahren zu erkennen/vermeiden z. B. elektr. Geräte, Höhen, Straßenverkehr  ja  nein*Bei Kindern unter 2 Jahren und sechs Monaten ist diese Angabe nicht erforderlich* die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden oder Spielen einzuhalten  ja  nein**Hat ihr Kind Sprachstörungen? Wenn ja, welche ?****Welche personellen Hilfestellungen sind hier nötig?****Treten Verhaltensauffälligkeiten auf, bei denen Ihr Kind personelle Hilfe braucht?**

Wenn ja, welche (z. B. Aggression, Abwehr, Ängste, Wahn, Stereotypen)?

**Wenn ja, wie oft** (z. B. täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich)?**Benötigt Ihr Kind personelle Hilfe bei...?***Bei Kindern unter 18 Monaten ist die Angabe nicht erforderlich*sich tagsüber beschäftigen (z. B. spielen, fernsehen, lesen)  ja  neinnachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurecht kommen  ja  nein

über den Tag hinaus planen (z. B. Planung der Aktivitäten für Schulferien)

*Bei Kindern unter 2 Jahren und 6 Monaten ist die Angabe nicht erforderlich*  ja  neintelefonisch Hilfe holen, falls erforderlich  ja  nein

**Folgende Angaben sind zur Gesamteinschätzung wichtig, fließen aber nicht in die Bewertung des Pflegegrades mit ein.**

**Benötigt Ihr Kind personelle Hilfe bei ...?**

*Bei Kindern unter drei Jahren ist die Angabe nicht erforderlich*

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Verlassen der Wohnung                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fortbewegung außerhalb der Wohnung                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| (Mit)fahren im Auto                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fahren im Bus                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| öffentlichen Veranstaltungen (z. B. in der Kirche) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Die Eltern wünschen die Zusendung des Gutachtens?**  ja  nein

---

Ort, Datum, Unterschrift

**Falls die Antragstellerin/der Antragsteller den Bogen nicht selbst ausfüllen kann:**

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname:

Funktion (z. B. Betreuer):

---

Ort, Datum, Unterschrift