

Fragen zum Hausbesuch

Bitte legen Sie den Bogen bereits ausgefüllt beim Hausbesuch vor. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, können dies auch Angehörige oder eine Pflegeperson für Sie tun.

Hinweis: Das Ausfüllen des Fragebogens ist **freiwillig**. Die Angaben erleichtern jedoch die Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Versicherte/r _____ Geburtsdatum _____

An welchen Erkrankungen und Beeinträchtigungen leiden Sie und in etwa seit wann?

Falls Sie schon einmal vom MDK begutachtet worden sind: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?

Waren Sie in der Zwischenzeit im Krankenhaus und warum?

Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? ja nein

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): _____

Wurde die Rehabilitation ambulant oder stationär durchgeführt?

War sie geriatrisch oder indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

Wenn möglich, legen Sie bitte zu den o.g. Punkten aktuelle Befunde/Arztbriefe bei (Kopie ausreichend).

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

____ mal monatlich allein Begleitung erforderlich

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

Krankengymnastik _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Ergotherapie _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Logopädie _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

_____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein Wie oft am Tag? _____ mal ja nein

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator | | |

weitere: _____

Wie ist Ihre häusliche Situation?

Ich lebe allein mit Pflegeperson A B C D

Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause?

Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	Wie viele Tage in der Woche?	Wie viele Stunden in der Woche?	Anzahl weiterer Personen **
A/						
B/						
C/						
D/						

*Diese Angaben sind bei Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en) relevant

** Anzahl weiterer Personen, die von dieser Pflegeperson versorgt werden.

Nehmen Sie regelmäßig einen Pflegedienst in Anspruch?

_____ x wöchentlich _____ x täglich. Was macht der Pflegedienst?

Ihre Körpergröße cm Ihr Körpergewicht kg

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

Ort, Datum, Unterschrift

Statt von Ihnen wurde dieser Bogen ausgefüllt von (Name, Vorname, Unterschrift, Datum)
