

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 des Antragstellers _____ Geburtsdatum _____

Größe.....cm Gewicht.....kg

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

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

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

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

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

____ 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 |

Benötigen Sie 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 |
| Blutzuckermessung | ____ mal täglich |

| | |
|--------------------------------|--|
| Blutdruckmessung | |
| Kompressionsstrümpfe Anziehen | ____ mal täglich Hilfe beim Anziehen |
| Kompressionsstrümpfe Ausziehen | ____ mal täglich Hilfe beim Ausziehen |

andere: _____

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

| | | | |
|----------------------|------------------------|--------------|-----------------------|
| Brille | Toilettenstuhl | Zahnprothese | Toilettensitzerhöhung |
| Hörgerät | Urinflasche | Hausnotruf | Inkontinenzprodukte |
| Unterarmgehstützen | Badewannenlifter | Gehstock | Duschstuhl |
| Rollator | Pflegebett | Rollstuhl | Antidekubitusmatratze |
| Kompressionsstrümpfe | Sauerstoffkonzentrator | | |

andere:

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* | Pflegetage 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 Sie (A macht.... B macht....)?Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt? ja neinWie oft? mal tgl. oder mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes: _____

Was macht der Pflegedienst?

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

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

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt? ambulant stationärIn welcher Form? geriatrisch indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

Brauchen Sie bei folgenden Verrichtungen personelle Hilfe?

| | | | | |
|--|------|-------|-------------|----------|
| sich im Bett drehen | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| aus dem Bett aufstehen | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| stabil auf einem Stuhl sitzen | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| gehen bzw. sich im Rollstuhl fortbewegen | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| Treppen steigen | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| An- und Auskleiden | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| Waschen/Baden/Duschen | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| Toilettenbenutzung | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| Hilfe bei dem Wechsel der Vorlagen | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| Speisen kleinschneiden | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| essen | nein | etwas | überwiegend | komplett |
| trinken | nein | etwas | überwiegend | komplett |

Können Sie die Hände...? in den Nacken legen zum Gesäß führen zu den Füßen bringen
 Können Sie frei stehen? ja nein nur, wenn ich mich irgendwo festhalte

Leiden Sie an ...? einer Blasenschwäche einer Darmschwäche

Benötigen Sie nachts personelle Hilfe (z. B. Toilettengang)? ja, ____ mal nein

Brauchen Sie personelle Unterstützung bei....?

sich zu orientieren zeitlich (z. B. Wochentag, Datum, Tageszeit) örtlich (z. B. Adresse)
 sich zu erinnern an kurz zurückliegende Ereignisse (z. B. Frühstück)
 an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben (z. B. Beruf, Eheschließung)
 zu verstehen Sachverhalte (z. B. Zeitung) Aufforderungen Gesprächsinhalte
 Ihnen nahestehende Personen zu erkennen ja nein
 Gefahren zu erkennen (z. B. Risiken im Verkehr, Herd anlassen) ja nein
 die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten ja nein

Treten Verhaltensauffälligkeiten auf, bei denen Sie personelle Hilfe brauchen?

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

Wenn ja, wie oft (z. B. täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich)?

Welche Unterstützung leistet dabei die Pflegeperson?**Benötigen Sie personelle Hilfe bei...?**

| | | |
|---|----|------|
| sich tagsüber beschäftigen (z. B. Handarbeit, fernsehen, Radio hören) | ja | nein |
| nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurecht kommen | ja | nein |
| über den Tag hinaus planen (z. B. einen Arzttermin) | ja | nein |
| telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich | ja | nein |

Benötigen Sie personelle Hilfe bei ...?***Diese Angaben sind wichtig, fließen aber nicht in die Bewertung mit ein.***

| | | |
|--|----|------|
| Verlassen der Wohnung | ja | nein |
| Fortbewegung außerhalb der Wohnung | ja | nein |
| (Mit)fahren im Auto | ja | nein |
| Fahren im Bus | ja | nein |
| öffentlichen Veranstaltungen (z. B. in der Kirche) | ja | nein |
| Einkaufen | ja | nein |
| Staub wischen | ja | nein |
| Wäsche waschen | ja | nein |
| Formulare ausfüllen | ja | nein |

Wünschen Sie die Zusendung des Gutachtens ? **ja** **nein**_____
Ort, Datum, Unterschrift**Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können:**

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname: _____

Funktion (z. B. Betreuer): _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____