MDK MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

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 leidet Ihr Kind und seit etwa wann?

Falls Ihr Kind bereits vom MDK begutachtet worden ist: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?

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

Wie oft sucht Ihr Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) Ärzte in der Praxis auf?

___ 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 und/oder 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: _____

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt Ihr Kind?

- ☐ Brille
- ☐ Hörgerät
- ☐ Badewannenlifter
- ☐ Duschstuhl
- ☐ Antidekubitusmatratze
- ☐ Reha Buggy
- ☐ Monitor
- ☐ angepasster Autokindersitz
- ☐ Toilettenstuhl
- ☐ Urinflasche
- ☐ Unterarmgehstützen
- ☐ Rollator
- ☐ Kompressionsstrümpfe Kl. II
- ☐ angepasste Sitzschale
- ☐ Lagerungsschienen
- ☐ Zahnprothese
- ☐ Hausnotruf
- ☐ Badewannenlifter
- ☐ Pflegebett
- ☐ Sauerstoffkonzentrator
- ☐ Inhaliergerät
- ☐ Stehtrainer
- ☐ Therapiestuhl
- ☐ Toilettensitzerhöhung
- ☐ Inkontinenzprodukte
- ☐ Gehstock
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Orthesen
- ☐ Absauggerät
- ☐ Sauerstoffgerät

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***	**Pflegetage* pro Woche**	**Pflegestunden* 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 tgl. oder ____ mal wöchentlich.

Name des Pflegedienstes: _____

Was macht der Pflegedienst?

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

Braucht Ihr Kind bei folgenden Verrichtungen <u>personelle Hilfe</u>?
Bei Kindern unter 18 Monate ist die Angabe zu diesen Fragen nicht erforderlich

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 *Bei Kindern unter 3 Jahren und 6 Monaten ist die Angabe nicht erforderlich*	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Toilettenbenutzung	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Speisen kleinschneiden *Bei Kindern unter 2 Jahren ist die Angabe nicht erforderlich*	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
essen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
trinken	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett

Wird Ihr Kind über eine Sonde ernährt? ☐ mit einer Spritze ☐ mit einer 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 <u>personelle Hilfe</u> (z. B. Toilettengang)**?** ☐ ja, ____ mal ☐ nein

Benötigt Ihr Kind <u>personelle Unterstützung bei…?</u>
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
B*ei 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 Monate ist die Angabe nicht erforderlich

sich tagsüber beschäftigen (z. B. spielen, fernsehen, lesen)	☐ ja	☐ nein
nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen	☐ 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	☐ nein
telefonisch 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	☐ 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
Die Eltern des Antragstellers wünschen die Zusendung des Gutachtens?	☐ **ja**	☐ **nein**

_____
Ort, Datum, Unterschrift

Falls der Antragsteller den Bogen nicht selbst ausfüllen kann:

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname: _____

Funktion (z. B. Betreuer): _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____