

## Fragen zum Hausbesuch

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

Name der Antragstellerin/des Antragstellers \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Sie wurden bereits vom **Medizinischen Dienst** begutachtet: 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?  nein

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

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt?  ambulant  stationär

In welcher Form?

geriatrisch  indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

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

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <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 |

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*	Pflege- tage pro Woche*	Pflege- stunden pro Woche*	Weitere Pflegebedürftige, die von der Pflegeperson 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  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

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 Wie oft? \_\_\_ mal täglich  nein

Körpergröße \_\_\_\_\_cm 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)

---