

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)
