

Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst, bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, kann dies auch eine Angehörige, ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie tun. Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist selbstverständlich freiwillig.

Name der/des Versicherten _____ Geburtsdatum _____

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

Sie wurden bereits vom Medizinischen Dienst begutachtet: Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung verändert? Waren Sie seither im Krankenhaus? Wenn ja, aus welchen Gründen?

Haben Sie eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Bitte legen Sie aktuelle Befunde/Arztbriefe/Entlassberichte in Kopie bei.

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

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

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Brille | ☐ Rollator | ☐ Inkontinenzprodukte |
| ☐ Zahnprothese | ☐ Rollstuhl | ☐ Badewannenlifter |
| ☐ Hörgerät | ☐ Kompressionsstrümpfe Kl. II | ☐ Duschstuhl |
| ☐ Hausnotruf | ☐ Toilettensstuhl | ☐ Pflegebett |
| ☐ Unterarmgehstützen | ☐ Toilettensitzerhöhung | ☐ Antidekubitusmatratze |
| ☐ Gehstock | ☐ Urinflasche | ☐ Sauerstoffkonzentrator |

andere:

Wie ist Ihre häusliche Situation? Ich lebe alleine ☐ mit Pflegeperson ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
mit _____

Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause (Pflegeperson)?

	Name, Vorname	Straße	PLZ	Wohnort	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
A						
B						
C						
D						

Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie (A macht...; B macht...)?**Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?**☐ ja☐ neinWie oft? ____ mal täglich **oder** ____ mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes: _____

Was macht der Pflegedienst?

Besuchen Sie in regelmäßigen Abständen eine Arztpraxis (Hausärztin/-arzt; Fachärztin/-arzt)?

____ mal monatlich

☐ allein☐ Begleitung erforderlich☐ Arzt kommt ins Haus**Besuchen Sie dauerhaft (über 6 Monate) eine Praxis zu Therapien?**

Krankengymnastik ____ mal wöchentlich

☐ allein☐ mit Begleitung

Ergotherapie ____ mal wöchentlich

☐ allein☐ mit Begleitung

Logopädie ____ mal wöchentlich

☐ allein☐ mit Begleitung

____ mal wöchentlich

☐ allein☐ mit Begleitung**Nur wenn zutreffend: Können Sie...**

... Ihre Medikamente alleine vorbereiten?

☐ ja☐ nein

... Ihre Medikamente alleine einnehmen?

☐ ja☐ nein, ____ mal täglich

... sich Ihr Insulin alleine spritzen?

☐ ja☐ nein, ____ mal täglich

... sich alleine den Blutzucker messen?

☐ ja☐ nein, ____ mal täglich

... Ihre Kompressionsstrümpfe alleine an- und ausziehen?

☐ ja☐ nein

... Anderes (z. B. Wundverbände): _____

☐ ja☐ nein, ____ mal täglich

Können Sie Knöpfe schließen?☐ ja ☐ nein**Können Sie die Hände... ..in den Nacken legen?**☐ ja ☐ nein**...zum Gesäß führen?**☐ ja ☐ nein**...zu den Füßen bringen?**☐ ja ☐ nein**Können Sie stehen?** ☐ ja ☐ nein**Wenn ja:** ☐ ohne Hilfe ☐ nur, wenn ich mich festhalte ☐ mit Stützen durch eine Pflegeperson**Können Sie gehen?** ☐ ja ☐ nein**Wenn ja:** ☐ ohne Hilfe ☐ mit Hilfsmittel/Festhalten ☐ mit Stützen durch eine Pflegeperson**Können Sie den Urin halten?** ☐ ja ☐ nein**Können Sie den Stuhlgang halten?** ☐ ja ☐ nein**Benötigen Sie nachts personelle Hilfe** (z. B. Toilettengang)? ☐ nein ☐ ja, wie oft? _____**Brauchen Sie personelle Hilfe ... bei**

Aufsetzen im Bett	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Aus dem Bett aufstehen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Stabil auf einem Stuhl sitzen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Gehen – innerhalb der Wohnung	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Sich im Rollstuhl fortbewegen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Treppen steigen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Waschen – Oberkörper	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Waschen – Unterkörper	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
An- und Auskleiden – Oberkörper	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
An- und Auskleiden – Unterkörper	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Speisen kleinschneiden	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Getränkeflaschen öffnen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Essen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Trinken	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Toilettenbenutzung	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Umgang mit Inkontinenzprodukten, z.B. Vorlagen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett

Bestehen Schwierigkeiten beim.....?*Bitte kurze Beschreibung*Sprechen: ☐ ja, welche _____ ☐ neinHören: ☐ ja, welche _____ ☐ neinSehen: ☐ ja, welche _____ ☐ nein

Können Sie ...

- ... nahestehende Personen erkennen? ☐ ja ☐ nein
- ... sich zeitlich orientieren? (z. B. Wochentag, Tageszeit) ☐ ja ☐ nein
- ... sich in der Wohnung orientieren? ☐ ja ☐ nein
- ... sich außerhalb der Wohnung orientieren? ☐ ja ☐ nein

Können Sie ...

- ... sich an kurz zurückliegende Ereignisse (z. B. Frühstück) erinnern? ☐ ja ☐ nein
- ... sich an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben (z. B. Beruf) erinnern? ☐ ja ☐ nein
- ... einem Gespräch folgen? ☐ ja ☐ nein
- ... die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einhalten? ☐ ja ☐ nein
- ... Gefahren im Haushalt erkennen (z. B. Stolperschwellen, Stromquellen)? ☐ ja ☐ nein
- ... Sachverhalte (z.B. aus der Zeitung) nachvollziehen? ☐ ja ☐ nein

Benötigen Sie Hilfe bei psychischen Problemen (z. B. Wahnvorstellungen, grundloses ständiges Rufen)?☐ nein ☐ ja, welche

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

Welche Unterstützung ist dann notwendig?

Können Sie ...

- ... sich tagsüber beschäftigen (z. B. Handarbeit, TV sehen, Radio hören)? ☐ ja ☐ nein
- ... alleine ein Treffen mit einer Freundin/einem Freund planen? ☐ ja ☐ nein
- ... ohne Hilfe telefonieren? ☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie die Zusendung des Gutachtens?☐ ja ☐ nein**Daten der ausfüllenden Person**

Name, Vorname: _____

Funktion (z. B. Betreuer/in): _____

Telefon: _____

Ort, Datum: _____



Bitte beachten Sie, dass diese Selbstauskunft digitalisiert und das Papierdokument datenschutzkonform vernichtet wird!