

Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst, bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist selbstverständlich **freiwillig**. Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus.

Bitte beachten Sie, dass wir diese Selbstauskunft für Kinder aller Altersstufen entwickelt haben. Daher können sich manche Fragen und Inhalte auf andere Entwicklungsstufen als die Ihres Kindes beziehen.

Name des versicherten Kindes _____ Geburtsdatum _____

An welchen Erkrankungen und Beeinträchtigungen leidet das Kind und seit etwa wann?

Das Kind wurde bereits vom Medizinischen Dienst begutachtet: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert? War das Kind seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus? Wenn ja, aus welchen Gründen?

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

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

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

Gab oder gibt es Besonderheiten bei der Entwicklung des Kindes in Bezug auf.....

... **die motorische Entwicklung** (Krabbeln, Stehen, Laufen lernen)? ja nein
Wenn ja, welche?

... **die Ernährung** (Schluckprobleme, Mundmotorik, Speicheln)? ja nein
Wenn ja, welche?

... **die Sauberkeitsentwicklung** (Einnässen am Tag/in der Nacht, Durchfälle)? ja nein
Wenn ja, welche?

... **die Sprachentwicklung** (Sprachverständnis, Sprachvermögen)? ja nein
Wenn ja, welche?

... **die geistige Entwicklung** (Störung der Wahrnehmung, des Denkens, der Intelligenz)? ja nein
Wenn ja, welche?

... **emotionale Auffälligkeiten** (Unruhezustände, Selbstverletzung, Aggressivität) ja nein
Wenn ja, welche?

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt das Kind?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Stehtrainer |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Orthesen | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät |
| <input type="checkbox"/> Zahnsperre | <input type="checkbox"/> Toiletten(roll)stuhl | <input type="checkbox"/> Inhalationsgerät |
| <input type="checkbox"/> Reha-Buggy | <input type="checkbox"/> Windeln/Vorlagen | <input type="checkbox"/> Monitor |
| <input type="checkbox"/> Therapiestuhl | <input type="checkbox"/> Duschstuhl | <input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät |
| <input type="checkbox"/> Sitzschale | <input type="checkbox"/> Badeliege | <input type="checkbox"/> Insulinpumpe |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe |
| <input type="checkbox"/> Walker (z. B. NF Walker, Posterior Walker) | | <input type="checkbox"/> Magensonde/Zubehör |

andere: _____

Wie ist die häusliche Situation? Das Kind lebt.... mit Pflegeperson A B C D

.... mit _____

Wer pflegt das Kind regelmäßig zu Hause?

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

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 täglich **oder** ____ mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes: _____

Was macht der Pflegedienst? _____

Besucht das Kind eine(n)....?

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kindergarten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Regelschule | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| besondere Schulform | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Erhält das Kind Schulbegleitung? ja nein

Besucht das Kind in regelmäßigen Abständen eine Arztpraxis (Kinderärztin/-arzt; Fachärztin/-arzt)?

____ mal monatlich allein mit Begleitung

Besucht das Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Praxis zu Therapien?

- 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

Nur wenn zutreffend: Benötigt das Kind Hilfe

- ... bei der Medikamenteneinnahme/Augen- oder Ohrentropfen/Zäpfchen/Dosieraerosol? ja nein
 Wenn ja: richten verabreichen Einnahme überwachen ____mal täglich
 ... bei Injektionen, z.B. Insulingabe? ja, ____mal täglich nein
 ... bei der Blutzuckermessung? ja, ____mal täglich nein
 ... beim An-und Ausziehen von Orthesen? ja, ____mal täglich nein
 ... bei anderen Maßnahmen (z. B. Wundverbände)? _____ ja, ____mal täglich nein

Braucht das Kind personelle Hilfe beim ... ?

Aufsetzen im Bett	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
stabil auf einem Stuhl sitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Gehen – innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Gehen – außerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
sich im Rollstuhl fortbewegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen – Oberkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen – Unterkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
An- und Auskleiden - Oberkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
An- und Auskleiden - Unterkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Speisen kleinschneiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Getränkeflaschen öffnen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Wechseln von Inkontinenzprodukten, z.B. Vorlagen, Windeln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett

Wird das Kind über eine Sonde ernährt? mit Spritze mit Pumpe mittels Schwerkraft

Welche weiteren Probleme gibt es evtl. beim Essen und Trinken?

Benötigt das Kind nachts personelle Hilfe (z. B. Toilettengang)? ja, ___ mal nein

Benötigt das Kind personelle Unterstützung, um...?

- ... bekannte Personen zu erkennen? ja nein
- ... sich zu zeitlich orientieren (z. B. Wochentag, Tageszeit)? ja nein
- ... sich in der Wohnung zu orientieren? ja nein
- ... sich außerhalb der Wohnung zu orientieren? ja nein
- ... Sachverhalte (zum Beispiel Spielregeln) zu verstehen? ja nein
- ... Aufforderungen umzusetzen? ja nein
- ... die richtige Reihenfolge beim Waschen/Kleiden oder Spielen einzuhalten ja nein
- ... Gefahren zu erkennen (zum Beispiel im Straßenverkehr, Stromquellen) ja nein

Hat das Kind Schwierigkeiten beim...?

- ... Sprechen: ja, welche _____ nein
- ... Hören: ja, welche _____ nein
- ... Sehen: ja, welche _____ nein

Benötigt das Kind Hilfe bei psychischen Problemen (z.B. Unruhe, Ängste, Aggressionen)?

ja nein

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

Welche personellen Hilfestellungen sind hier nötig?

Benötigt das Kind personelle Hilfe ...?

- ... bei der Beschäftigung (z. B. spielen, fernsehen, lesen, basteln) ja nein
- ... zum Schlafen in der Nacht bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen ja nein
- ... um über den Tag hinaus zu planen (z. B. Planung von Aktivitäten) ja nein
- ... bei der Kontaktaufnahme mit anderen Kindern ja nein

Der/die Erziehungsberechtigte wünscht die Zusendung des Gutachtens? ja nein

Die Fragen wurden beantwortet von:

Name, Vorname: _____

Verhältnis zum Kind (z.B. Vater, Mutter): _____

Telefon: _____

Ort, Datum, Unterschrift



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