

## 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!**