**Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

(Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus. Falls Sie den Bogen nicht selbst  
ausfüllen können, kann dies auch ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie tun.)

***Hinweis:*** Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist **freiwillig**. Die Angaben erleichtern jedoch die Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst Hessen (MD).  
Gerne können Sie ein zusätzliches Blatt anfügen.

**Name des Versicherten: Geburtsdatum:**

Größe: \_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_ kg

1. Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?  nein  ja, \_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_ Wochen  
   Wenn ja, was ist aus Ihrer Sicht der Grund?
2. An welchen Erkrankungen leiden Sie? Legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe in Kopie bei.
3. Benötigen Sie Hilfe bei der Einhaltung einer ärztlich angeordneten Diät?  nein  ja  
   Wenn ja, bitte erläutern
4. Leiden Sie an Lähmungen, Luftnot oder Schmerzen?   
   Bitte erläutern:
5. Liegt eine Inkontinenz vor?  nein  Stuhlinkontinenz  Harninkontinenz   
   Welche Hilfe ist erforderlich?

**Fragebogen zur Pflegesituation von Geburtsdatum:**

1. Falls Sie schon einmal vom Medizinischen Dienst begutachtet worden sind: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?
2. Wie oft suchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) Ärzte in der Praxis auf?

\_\_ mal im Quartal \_\_ mal im Monat  allein  Begleitung erforderlich

1. 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

1. Benötigen Sie Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet wurden?

nein

Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen \_\_\_\_ mal täglich

Injektionen, z.B. Insulin \_\_\_\_ mal täglich

Blutzucker-Messung \_\_\_\_ mal täglich

Kompressionsstrümpfe \_\_\_\_ mal täglich

Wundverbände \_\_\_\_ mal pro Woche

Um welche Wunden handelt es sich? Seit wann bestehen sie?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Welche Hilfsmittel benutzen Sie?

Brille

Zahnprothese

Hörgerät

Gehstützen

Rollator

Rollstuhl

Duschstuhl

Badewannensitz/-lifter

Pflegebett

Antidekubitusmatratze

WC-Sitzerhöhung

Toilettenstuhl

Urinflasche

Vorlagen/Windeln

Blasenkatheter:  
 durch die Harnröhre  
 durch die Bauchdecke

Stoma

Magensonde

Ernährungspumpe

Kompressionsstrümpfe

Korsett

Sauerstoffgerät

Hausnotruf

andere: ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fragebogen zur Pflegesituation von Geburtsdatum:**

1. Wie ist Ihre Situation?

Ich lebe alleine  ja  nein

Ich werde in einer Tagespflege versorgt  ja, \_\_\_\_\_\_\_ mal/Woche

Ich lebe in einer Pflegeeinrichtung  ja (weiter bei Punkt 15)

1. Wenn Sie zu Hause leben, wer pflegt Sie regelmäßig?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Name\*, Vorname\* | Straße\* | PLZ\* | Wohnort\* | Tage pro Woche | Stunden pro Woche |
| A |  |  |  |  |  |  |
| B |  |  |  |  |  |  |
| C |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |

\*Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en)

1. Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie (A macht …, B macht … )?
2. Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?  nein  ja

wenn ja, Name des Pflegedienstes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_ mal täglich oder \_\_\_\_ mal wöchentlich

Was macht der Pflegedienst?

1. Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?  nein  ja

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

Wurde die Rehabilitation  ambulant oder  stationär durchgeführt?

war sie  geriatrisch oder  indikationsspezifisch (z.B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

**Fragebogen zur Pflegesituation von Geburtsdatum:**

1. Brauchen Sie Hilfe bei .… Wenn ja, bitte erläutern, was die Hilfsperson genau   
    macht:

Aufsetzen im Bett  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stehen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gehen bzw. sich im Rollstuhl bewegen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treppensteigen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erkennen von Personen aus dem Alltag  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientieren zu Zeit und/oder Ort  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erinnern an kurz zurückliegende Ereignisse  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erinnern an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alltagshandlungen gezielt durchführen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sinnvolle Entscheidungen treffen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verstehen von Informationen und Aufforderungen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gefahren erkennen (z.B. Herd anlassen, Straßenverkehr)  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sinnvolles Gespräch führen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Körperpflege ­  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anziehen von Schuhen und Strümpfen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Knöpfe öffnen und schließen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mahlzeit essen / Getränk trinken  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toilettenbenutzung  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungen  nein  ja­­­­­­:­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
der Versorgung in der Nacht  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terminplanungen  nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kommunikation mit anwesenden Personen nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonieren, Briefe oder E-Mails schreiben nein  ja: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fragebogen zur Pflegesituation von Geburtsdatum:**

1. Benötigen Sie Hilfe aufgrund von psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Unruhe, Aggression, Ängste, Wahnvorstellungen?

nein  ja ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

Wenn ja, welche Hilfe ist **wie oft** erforderlich? Bitte erläutern.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wünschen Sie die Zusendung des Gutachtens?**  nein  ja

**Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben:**

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie eine Telefonnummer für Rückfragen an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können:**

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Funktion (z.B. Betreuer) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_