**Auskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**

 (Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus)

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

***Hinweis:*** Das Ausfüllen der Auskunft 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 Kindes : <Vorname>, <Name> Geburtsdatum: <GebDatum>**

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

1. Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen? [ ]  ja, \_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_ Wochen [ ] nein

Wenn ja, was ist aus Ihrer Sicht der Grund?

1. An welchen Erkrankungen/Beeinträchtigungen leidet Ihr Kind? Legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe in Kopie bei.
2. Falls Ihr Kind schon einmal vom Medizinischen Dienst begutachtet worden ist: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?
3. Ist die Sauberkeitserziehung Ihres Kindes abgeschlossen? [ ]  nein [ ]  ja

Wenn nein, wofür werden Windeln benötigt? [ ]  Urin [ ]  Stuhlgang

1. Wie oft suchen Sie mit dem Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) Ärzte in der Praxis auf?

\_\_ mal im Quartal \_\_ mal im Monat [ ]  Begleitung erforderlich

1. Besucht Ihr Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?

Krankengymnastik\_\_\_\_ mal wöchentlich
Müssen Sie während der Behandlung dabei bleiben [ ]  nein [ ]  ja

Ergotherapie \_\_\_\_ mal wöchentlich
Müssen Sie während der Behandlung dabei bleiben [ ]  nein [ ]  ja

Logopädie \_\_\_\_ mal wöchentlich
Müssen Sie während der Behandlung dabei bleiben [ ]  nein [ ]  ja

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ mal wöchentlich
Müssen Sie während der Behandlung dabei bleiben [ ]  nein [ ]  ja

1. Benötigt Ihr Kind Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet wurden? [ ]  nein

[ ]  Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (Richten u/o Verabreichen) \_\_\_ mal täglich

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

[ ]  Blutzucker-Messung \_\_\_ mal täglich

[ ]  Orthesen \_\_\_ mal täglich

[ ]  Abführmaßnahmen \_\_\_\_ mal wöchentlich oder \_\_\_\_ mal monatlich

[ ]  Wundverbände \_\_\_\_ mal wöchentlich
Um welche Wunden handelt es sich? Seit wann bestehen sie?

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

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

1. Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt Ihr Kind?

[ ]  Brille

[ ] Hörgerät

[ ]  Gehstützen

[ ]  Rollstuhl

[ ]  Badeliege

[ ]  Pflegebett

[ ]  Antidekubitusmatratze

[ ]  Toilettensitz

[ ]  Toilettenstuhl

[ ]  Urinflasche

[ ]  Vorlagen/Windeln

[ ]  Blasenkatheter

[ ]  durch die Harnröhre

[ ]  durch die Bauchdecke

[ ]  Stoma

[ ]  Magensonde

[ ]  Ernährungspumpe

[ ]  Korsett

[ ]  Orthesen

[ ]  Sauerstoffgerät

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

1. Wie ist die Situation?

Das Kind lebt mit folgenden Personen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Das Kind lebt in einer Pflegeeinrichtung/Einrichtung der Behindertenhilfe [ ]  ja (weiter bei Punkt 13)

1. Wer pflegt das Kind regelmäßig zu Hause?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 das Kind (A macht…, B macht…)?
2. Unterstützt zu Hause ein Pflegedienst? [ ]  nein [ ]  ja

**Wenn ja, Name und Ort des Pflegedienstes:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wie oft?** \_\_\_\_mal tgl. oder \_\_\_\_mal wöchentlich.

**Was macht der Pflegedienst?**

1. Hat Ihr Kind 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 [ ] speziell für Kinder und Jugendliche oder [ ] indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

1. Braucht Ihr Kind Hilfe bei… Wenn ja, bitte erläutern, was die Hilfsperson genau macht

Bitte antworten Sie unabhängig vom Alter Ihres Kindes.

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

Stehen [ ]  nein [ ]  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Treppensteigen [ ]  nein [ ]  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erkennen von nahestehenden Personen [ ]  nein [ ]  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Erinnern an zurückliegende Ereignisse [ ]  nein [ ]  ja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alltagshandlungen gezielt durchführen [ ]  nein [ ]  ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sinnvolle Entscheidungen treffen [ ]  nein [ ]  ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Bedürfnisse wie Hunger oder Durst äußern [ ]  nein [ ]  ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gefahren erkennen (z.B. Rote Ampel, Klettern auf Regal) [ ]  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 (z.B. Spielen, Basteln, Fernsehen) [ ]  nein [ ]  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

der Versorgung in der Nacht [ ]  nein [ ]  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

über den Tag hinaus planen (z.B. Wochenplan erstellen) [ ]  nein [ ]  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich [ ]  nein [ ]  ja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Braucht Ihr Kind Hilfe aufgrund von psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Unruhe, Aggressionen, Ängsten oder Wahnvorstellungen?
[ ]  nein [ ]  ja
Wenn ja, was machen Sie, um Ihrem Kind zu helfen? Wie oft ist Ihre Hilfe 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:

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

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Verhältnis zum Kind (z.B.: Mutter, Betreuer):  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |
|  |  |