

Fragebogen



Medizinischer Dienst
Rheinland-Pfalz

für Versicherte/Angehörige/ Pflegerpersonen zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

Dieser Fragebogen wird dazu beitragen und soll Ihnen eine Hilfestellung für die relevanten Sachverhalte der Begutachtung sein.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, soweit Ihnen dies möglich ist. Sie können dazu auch Ihre Pflegeperson/-en heranziehen. Beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung auf den Zeitraum ab der Antragsstellung.

Bitte senden sie uns den Fragebogen schnellstmöglich zurück!

Hinweise zu den Rücksendemöglichkeiten sind dem Anschreiben zu entnehmen. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

(1) Name der Antragstellerin/
des Antragstellers: _____

(2) Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): _____

(3) Sind Sie in letzter Zeit im Krankenhaus behandelt worden? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an.

(4) Welche Erkrankungen stehen bei Ihnen im Vordergrund?

Wie groß sind Sie? _____ cm

Wie schwer sind Sie? _____ kg

(5) Welche Schwierigkeiten und Probleme ergeben sich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in Ihrem täglichen Leben?

(6) Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?

JA NEIN

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): _____

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt?

AMBULANT STATIONÄR

(7) Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Badewannenlifter
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Duschstuhl
<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator
<input type="checkbox"/> Weitere Hilfsmittel		

(8) Wie ist Ihre Versorgungssituation?

Leben Sie gemeinsam mit einer weiteren Person in einem Haushalt?

JA NEIN

Falls ja, mit wem? _____

Wer pflegt Sie? Wie hoch ist der Zeitaufwand der Pflege durch diese Person(en)?

Name, Vorname	Geb.-Datum	Adresse und Telefonnummer	Zeitaufwand pro Woche	An wie vielen Tagen/Woche?

Welcher ambulante Pflegedienst versorgt Sie?

(Pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung sowie Betreuung)

Keiner

Name des Pflegedienstes:
Anzahl der Pflegeeinsätze: _____ x pro Tag _____ x pro Woche

Welche Ärzte betreuen Sie zurzeit und wo erfolgt die Behandlung?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name und Telefonnummer	Fachrichtung	Hausbesuch	Praxisbesuch	Häufigkeit im Monat
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(9) Benötigen Sie nachts die Unterstützung einer anderen Person (z.B. zum Toilettengang)?

JA, ___ MAL PRO NACHT

NEIN

Bei welchen Verrichtungen? _____

(10) Benötigen Sie im Bereich der Mobilität die Hilfe einer anderen Person?

Bitte Zutreffendes ankreuzen

	nein	etwas	überwiegend	komplett
sich im Bett drehen				
aus dem Bett aufstehen				
sich fortbewegen in der Wohnung				
Treppen steigen				

(11) Brauchen Sie Unterstützung einer anderen Person, um...(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- sich zeitlich zu orientieren (z.B. Wochentag, Datum, Uhrzeit)
- sich örtlich zu orientieren (z.B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen)
- sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z.B. letzte Mahlzeit)
- sich an wichtige Lebensereignisse zu erinnern (z.B. Beruf, Hochzeit)
- Sachverhalte zu verstehen (z.B. Nachrichten)
- Aufforderungen zu verstehen
- Gesprächsinhalte zu verstehen
- Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen
- nahestehende Personen zu erkennen
- Gefahren zu erkennen (z.B. im Haushalt oder im Straßenverkehr)
- Handlungen in der richtigen Reihenfolge durchzuführen

(12) Gibt es weitere Besonderheiten (psychische Problemlagen) im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung, bei denen Sie regelmäßig Unterstützung einer anderen Person benötigen, um diese zu bewältigen?
Bitte schildern Sie kurz, um welche Schwierigkeiten es dabei geht - also was eine andere Person für Sie tun muss und wie häufig dies vorkommt.

(13) Benötigen Sie bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme die Hilfe einer anderen Person?
Bitte Zutreffendes ankreuzen

	nein	etwas	überwiegend	komplett
Gesichtspflege, kämmen				
Waschen, baden, duschen				
An- und Auskleiden				
Essen zerkleinern, Flaschen öffnen				
Essen				
Trinken				
Toilettengang				
Versorgung mit Inkontinenzmaterial				

(14) Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet werden, benötigen Sie die Hilfe einer anderen Person?

- Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.
- Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen richten/verabreichen ___ mal pro Woche
- Injektionen, z.B. Insulin ___ mal pro Woche
- Blutzuckermessung ___ mal pro Woche
- Blutdruckmessung ___ mal pro Woche
- Kompressionsstrümpfe anziehen ___ mal pro Woche
- Kompressionsstrümpfe ausziehen ___ mal pro Woche
- Andere: _____

Wie häufig besuchen Sie im Durchschnitt eine Arztpraxis?

- mal monatlich
- alleine
- Begleitung erforderlich

Wie häufig besuchen Sie im Durchschnitt eine Therapeutenpraxis?

- | | | | |
|------------------|-------------------|----------------------------------|--|
| Krankengymnastik | ___ mal monatlich | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Begleitung erforderlich |
| Ergotherapie | ___ mal monatlich | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Begleitung erforderlich |
| Logotherapie | ___ mal monatlich | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Begleitung erforderlich |
| _____ | ___ mal monatlich | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> Begleitung erforderlich |

Sonstiges: (z. B. Eigenübungsprogramme durch die Pflegeperson, Therapie nach Vojta und Bobath durch die Pflegeperson, Dialyse zu Hause, Beatmung):

(15) Brauchen Sie Unterstützung einer anderen Person, um ... (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- sich tagsüber zu beschäftigen (z.B. Fernsehen/Radio einschalten, Handarbeit)
- nachts zu schlafen, bzw. mit Schlafstörungen zurecht zu kommen
- über den Tag hinaus zu planen (z.B. einen Arzttermin)
- telefonisch Hilfe zu holen, falls erforderlich

(16) Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen
(z. B. wenn der Platz bei einigen Fragen nicht ausreichte oder Sie uns noch auf etwas hinweisen möchten).

(17) Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung beim Ausfüllen dieses Fragebogens.
Bitte unterschreiben Sie ihn hier und senden Sie ihn an uns zurück.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____