

Diese Angaben werden zur Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung vom Medizinischen Dienst benötigt.

Name der/des Versicherten _____

Geburtsdatum _____ Telefonisch erreichbar: _____

Derzeit genutzte Hilfsmittel: (entsprechendes bitte ankreuzen X)

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Gehstock |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> WC-Stuhl | <input type="checkbox"/> WC-Erhöhung | <input type="checkbox"/> Badelifter |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel (Windeln/Vorlagen) | | <input type="checkbox"/> Urinflasche | | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter |
| <input type="checkbox"/> Ernährungssonde | | <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe | | <input type="checkbox"/> Gehbock |
| <input type="checkbox"/> O2 Konzentrator | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | |

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
---------------------------	---------------------------	-----------------------	---------------------------

Name der Tagespflege _____

Welcher ambulante Pflegedienst versorgt Sie? Keiner

Name des Pflegedienstes:

Was macht der Pflegedienst?

Anzahl der Pflegeeinsätze: ____x pro Tag oder ____x pro Woche

Häusliche Situation

- alleinlebend nur nachts alleine nur tagsüber alleine
- mit Ehepartner/Lebenspartner/Angehörigem
- Pflegepersonen/Angehörige wohnen in unmittelbarer Nachbarschaft

Größe: Gewicht

Welche Ärzte betreuen Sie zur Zeit und wo erfolgt die Behandlung?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name und Telefonnummer	Fachrichtung	Hausbe- suche	Praxisbe- handlung	Begleitung erforderlich	Häufigkeit im Monat
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Welche Erkrankungen bzw. Behinderungen bestehen bei Ihnen, die Sie in Ihrem Alltag beeinträchtigen?

Erkrankung/Behinderung/Operation	Bekannt seit
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand verändert seit der letzten Begutachtung? Und SEIT WANN?

(insofern bereits eine Begutachtung stattgefunden hat)

Welche weiteren Behandlungen werden durchgeführt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Zu Hause	In Praxis	Wie häufig pro Woche		Zu Hause	In Praxis	Wie häufig pro Woche
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

Mobilität	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktuel- personeller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität Unselbständig, wird fremd übernommen
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen (Transfers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen (Transfers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

	Die Fähigkeit ist			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten				
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z.B. Unruhezustände, aggressives/ abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?
Wenn ja, wie häufig (täglich, mindestens 2x/Woche, weniger als 2x/Woche)

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktuel- personeller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität Unselbständig, wird fremd übernommen
Selbstversorgung				
Körperbezogene Pflegemaßnahme				
Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung über Infusion oder Sonde (PEG/PEJ Sonde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/ Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/ Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfebedarf in der Nacht: **nein**

Wie oft pro Woche: oder

.....

Wie oft pro Nacht:

.....

Behandlungspflege

(voraussichtlich über 6 Monate)

Medikation (z.B. Tabletten Augen-Ohrentropfen, Zäpfchen, Schmerzpflaster)

Injektion (z.B. Insulin, Heparin)

Versorgung intravenöser Zugänge

Absaugen und Sauerstoffgabe (auch Inhalation, Dosieraerosole)

Einreibungen sowie Wärme- und Kälteanwendungen (z. B. ärztlich angeordnete Salben/Cremes)

Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Puls, Blutzuckermessung)

An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln (z. B. Brille, Hörgerät, Kompressionsstrümpfe)

Verbandswechsel und Wundversorgung (Versorgung chronischer Wunden z. B. Dekubitus, Ulcus)

Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden (z. B. Einlauf, Klistier)

Versorgung mit Stoma (z. B. Tracheostoma, PEG Sonde, Urostoma, Colostoma)

	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit / Anzahl		
	Nein	Ja	Täglich	Wöchentlich	Monatlich
Medikation (z.B. Tabletten Augen-Ohrentropfen, Zäpfchen, Schmerzpflaster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Injektion (z.B. Insulin, Heparin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Versorgung intravenöser Zugänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Absaugen und Sauerstoffgabe (auch Inhalation, Dosieraerosole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Einreibungen sowie Wärme- und Kälteanwendungen (z. B. ärztlich angeordnete Salben/Cremes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Puls, Blutzuckermessung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln (z. B. Brille, Hörgerät, Kompressionsstrümpfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Verbandswechsel und Wundversorgung (Versorgung chronischer Wunden z. B. Dekubitus, Ulcus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden (z. B. Einlauf, Klistier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Versorgung mit Stoma (z. B. Tracheostoma, PEG Sonde, Urostoma, Colostoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

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

Gestaltung des Alltagslebens:

Kann der Tagesablauf gestaltet werden, ist eine selbständige Beschäftigung möglich, kann die Zukunft geplant werden, können soziale Kontakte gestaltet und aufrechterhalten werden

Vielen Dank!

Datum, Unterschrift