



Angaben zur Vorbereitung der Pflegebegutachtung

Zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus.

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Welche Erkrankungen sind bei dem Kind festgestellt worden?

Falls das Kind schon zuvor vom Medizinischen Dienst begutachtet wurden:

Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung verändert? Ungefähr seit wann ist die Änderung eingetreten?

Falls das Kind schon zuvor vom Medizinischen Dienst begutachtet wurden:

War das Kind seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus? ja nein

Wenn ja, aus welchen Gründen? Wie lange?

Wobei benötigt das Kind Hilfe und Unterstützung?

Wenn möglich, legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe/Krankenhausentlassungsberichte in Kopie bei.

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____

kg

Gab oder gibt es Besonderheiten bei der Entwicklung Ihres Kindes bei der:

Motorischen Entwicklung (Krabbeln, Stehen, Laufen lernen)? ja nein

Wenn ja, welche?

Ernährung (Schluckprobleme, Mundmotorik, Speicheln)? ja nein

Wenn ja, welche?

Sauberkeitsentwicklung (Durchfälle, Einnässen am Tag/in der Nacht)? ja nein

Wenn ja, welche?



Sprachentwicklung (Sprachverständnis, Sprachvermögen)?

ja nein

Wenn ja, welche?

Auffälligkeiten der geistigen Entwicklung (Störung der Intelligenz, der Wahrnehmung, des Denkens)?

ja nein

Wenn ja, welche?

Emotionale Auffälligkeiten (Unruhezustände, Selbstverletzungszustände, Aggressivität)

ja nein

Wenn ja, welche?

Wer pflegt das Kind regelmäßig zu Hause (Pflegeperson)?

	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 ja nein

Regelschule ja nein

besondere Schulform ja nein

mit Schulbegleitung? ja nein

Frühförderung? ja nein

Wenn ja, wo und wie häufig?

Besucht das Kind in regelmäßigen Abständen eine Arztpraxis (Hausarzt/Fachärzte)?

_____ mal monatlich allein

mit Begleitung



Besucht das Kind dauerhaft (über 6 Monate) eine Praxis zu Therapien?

Krankengymnastik ___ mal wöchentlich

Müssen Sie während der Therapie anwesend sein? ja nein

Ergotherapie ___ mal wöchentlich

Müssen Sie während der Therapie anwesend sein? ja nein

Logopädie ___ mal wöchentlich

Müssen Sie während der Therapie anwesend sein? ja nein

_____ mal wöchentlich

(sonstiges)

Müssen Sie während der Therapie anwesend sein? ja nein

Nur wenn zutreffend! Benötigt das Kind Hilfe bei

Medikamenteneinnahme/ Augen- oder Ohrentropfen/Zäpfchen/Dosieraerosol ja nein

Wenn ja richten verabreichen Einnahme

überwachen

___ mal täglich

Injektionen (z.B. Insulin)? ja nein, ___ mal täglich

Blutzuckermessungen? ja nein, ___ mal täglich

Orthesen an/ausziehen? ja nein, ___ mal täglich

Anderen Maßnahmen (z. B. Wundverbände): ja nein, ___ mal täglich

Welche Hilfsmittel/Hilfen nutzt Ihr Kind?

Brille Toilettensitz Korsett

Hörgerät Toiletten(roll)stuhl Orthesen

Gehstützen Urinflasche Sauerstoffgerät

Rollstuhl Vorlagen/Windeln Inhalationsgerät

Badeliege Blasenkatheter Blutzuckermessgerät

Pflegebett Stomaartikel (Beutel) Glucosemonitor (CGM)

Magensonde/Zubehör Insulinpumpe

Ernährungspumpe Antidekubitusmatratze

Andere _____

Braucht das Kind Hilfe beim...?

aus dem Bett aufstehen	<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
Hilfe bei Inkontinenzprodukten z.B. Vorlagen, Windeln	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett



Braucht das Kind Hilfe ...

- um bekannte (Pflege-)Personen zu erkennen? ja nein
um sich zu zeitlich orientieren (z. B. Wochentag, Tageszeit)? ja nein
wenn ja, was muss gemacht werden? _____
um sich in der Wohnung zu orientieren? ja nein
wenn ja, was muss gemacht werden? _____
um sich außerhalb der Wohnung zu orientieren? ja nein
wenn ja, was muss gemacht werden? _____
Sachverhalte (zum Beispiel Spielregeln) zu verstehen? ja nein
Aufforderungen umzusetzen? ja nein
Gefahren zu erkennen (zum Beispiel im Straßenverkehr [rote Ampel], Stromquellen? ja nein

Hat das Kind Schwierigkeiten beim...? Bitte kurze Beschreibung:

- Sprechen: ja, welche _____ nein
Hören: ja, welche _____ nein
Sehen: ja, welche _____ nein

Benötigt das Kind Hilfe bei psychischen Problemen (z.B. Unruhe, Ängste, Aggressionen)?

- nein ja Wenn ja, was muss gemacht werden um dem Kind zu helfen?

Wenn ja, wie oft (z. B. täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich)?

Benötigt das Kind Hilfe...

- bei der Beschäftigung (zum Beispiel Spielen, Basteln, Fernsehen)? ja nein
zum Schlafen in der Nacht bzw. mit Schlafstörungen zurecht kommen? ja nein
beim Planen über den Tag hinaus (zum Beispiel Wochenplanerstellen)? ja nein
bei der Kontaktaufnahme mit anderen Kindern? ja nein

Die Fragen wurden beantwortet von:

Name, Vorname:

Verhältnis zum Kind: (z.B. Mutter, Vater...):

Telefon:

Ort, Datum, Unterschrift