

Frage-Bogen zur Pflege-Begutachtung vom Kind

Guten Tag,

Ihr Kind braucht Pflege.

Für Pflege gibt es einen Frage-Bogen.

Der Frage-Bogen heißt:

Frage-Bogen zur Pflege-Begutachtung vom Kind.

Bitte füllen Sie den Frage-Bogen aus.

Dann bekommen wir alle Infos.

Die Infos braucht unser Team.

Das Team liest die Infos.

Mit diesen Infos wissen wir:

- Welche Pflege braucht Ihr Kind.
- Wie viel Pflege braucht Ihr Kind.
- Wobei braucht Ihr Kind Hilfe.

Zuerst füllen Sie bitte
den Frage-Bogen aus.

Sie haben Probleme beim Antworten?

Dann kann jemand helfen.

Zum Beispiel:

- Familie
- Freunde

Für den Frage-Bogen brauchen Sie Zeit.

Ungefähr eine halbe Stunde.

Vielen Dank

vom Team des Medizinischen Dienst.

So bearbeiten Sie den Frage-Bogen

1. Sie speichern den Frage-Bogen auf Ihrem Computer.
Oder Sie drucken den Frage-Bogen aus.
2. Sie lesen die Fragen.
3. Sie schreiben die Antworten zu den Fragen.
Dafür gibt es ein leeres Feld.
Das Feld kommt nach der Frage.
Schreiben Sie bitte deutlich.

Manchmal stehen schon Antworten da.

Die Antworten heißen dann:

Ja oder **Nein**.

Sie können die Antwort aussuchen.

Das geht so:

Nach der Antwort **Ja** ist ein Feld.

Nach der Antwort **Nein** ist ein Feld.

Kreuzen Sie das richtige Feld an.

Das machen Sie so:

- Auf Papier mit dem Stift.
- Am PC mit einem Maus-Klick.

Am Ende vom Frage-Bogen wollen wir wissen

Dürfen wir uns bei Ihnen melden?

Manchmal haben wir noch Fragen.

Wir wollen anrufen oder schreiben.

Damit müssen Sie einverstanden sein.

So senden Sie den Frage-Bogen mit dem PC

Sie sind mit dem Frage-Bogen fertig?

Dann speichern Sie den Frage-Bogen auf dem PC.

Und schicken Sie den Frage-Bogen mit E-Mail.

Die Adressen für die E-Mail finden Sie

am Ende vom Frage-Bogen.

So senden Sie das Formular mit der Post

Sie haben den Frage-Bogen fertig ausgefüllt?

Dann schicken Sie den Frage-Bogen mit der Post.

Die Adressen für die Post finden Sie

am Ende vom Frage-Bogen.

Vielen Dank!

Bitte tragen Sie hier ein:

Auftrags-Nummer

Name vom Kind

Geburtsdatum

Name vom Versicherten

Wohn-Ort und Post-Leitzahl

Straße

Telefon-Nummer oder Handy-Nummer

Frage-Bogen für das Kind

Dieser Frage-Bogen hat fast 40 Fragen.

Frage 1. Haben Sie ein altes Pflege-Gutachten?

Ja Nein

Was ist heute bei der Gesundheit vom Kind anders?

Frage 2. War Ihr Kind schon einmal im Kranken-Haus?

Ja Nein

Haben Sie **Nein** geantwortet?

Dann gehen Sie zur Frage 3.

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Schreiben Sie bitte auf:

Wann war Ihr Kind das letzte Mal im Kranken-Haus?

Warum war Ihr Kind im Kranken-Haus?

Fügen Sie bitte zum Formular

Briefe und Berichte von:

- Kranken-Haus
- Reha
- Arzt

So fügen Sie an

Für den Brief-Weg:

alle Briefe und Berichte als Kopie.

Für die E-Mail:
alle Briefe und Berichte als PDF.

Frage 3. War Ihr Kind in den letzten 4 Jahren in Reha oder Kur?

Ja Nein

Haben Sie **Nein** geantwortet?

Bitte gehen Sie zur Frage 4.

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Bitte schreiben Sie auf:

In welchem Jahr und Monat war das?

Warum war Ihr Kind in Reha oder Kur?

Wo war das?

In der Klinik, in der Praxis, zu Hause?

Frage 4. In der Liste stehen Hilfs-Mittel. Welche Hilfs-Mittel hat Ihr Kind?

Bitte wählen Sie aus:

- Brille
- Zahn-Ersatz
- Hörgerät
- Haus-Notruf
- Krücken (Unterarm-Geh-Hilfe)
- Geh-Stock
- Rollator
- Roll-Stuhl

- Feste Strümpfe (Kompressions-Strümpfe)
- Toiletten-Stuhl
- Urin-Flasche
- Vorlage / Katheder (Inkontinenz-Produkte)
- Badewannen-Lift
- Dusch-Stuhl
- Pflegebett
- Matratze gegen Wundliegen (Anti-Dekubitus-Matratze)
- Sauerstoff-Gerät

Hat Ihr Kind noch andere Hilfs-Mittel?

Dann schreiben Sie die Hilfs-Mittel in das Feld:

Frage 5. Wie lebt Ihr Kind?

Alleine.

Zusammen mit:

In einer Einrichtung für Pflege.

In einem Heim für Menschen mit Behinderungen.

In einem ambulant betreuten Wohnen.

**Frage 6. Bekommt Ihr Kind Pflege zu Hause?
Dann schreiben Sie alle Personen auf, die bei der Pflege helfen.
Nehmen Sie eine Zeile für jeden Pflege-Person.**

Person 1.

Person 2.

Person 3.

Person 4.

Frage 7. Wie oft kommt die Pflege-Person in der Woche?

Person 1 kommt _____ Tage in der Woche.

Person 2 kommt _____ Tage in der Woche.

Person 3 kommt _____ Tage in der Woche.

Person 4 kommt _____ Tage in der Woche.

Frage 8. Wobei hilft jede Pflege-Person?

Person 1 hilft meinem Kind

Person 2 hilft meinem Kind

Person 3 hilft meinem Kind

Person 4 hilft meinem Kind

Frage 9. Kommt ein Pflege-Dienst zum Kind nach Hause?

Ja Nein

Haben Sie **Nein** geantwortet?

Dann gehen Sie zur Frage 10.

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Schreiben Sie bitte auf:

Wie oft kommt der Pflege-Dienst?

Name vom Pflege-Dienst

Adresse vom Pflege-Dienst?

Was macht der Pflege-Dienst?

Schreiben Sie alle Hilfen vom Pflege-Dienst auf.

Frage 10. Wie groß ist Ihr Kind?

Mein Kind ist _____ cm groß.

Frage 11. Wie schwer ist Ihr Kind?

Mein Kind wiegt _____ Kg.

Frage 12. Hat Ihr Kind in den letzten Wochen Gewicht verloren ohne Diät?

Ja Nein

Haben Sie **Nein** geantwortet?

Dann gehen Sie zur Frage 13.

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Schreiben Sie bitte auf:

Wie viel Kilogramm hat Ihr Kind abgenommen?

Mein Kind hat _____ Kg abgenommen.

Seit wieviel Wochen ist das so?

Seit _____ Wochen.

Frage 13. Kann Ihr Kind die Finger nicht gut bewegen?

Ja Nein

Frage 14. Hat Ihr Kind wenig Kraft in der Hand?

Ja Nein

Frage 15. Hat Ihr Kind andere Probleme?

Ja Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Dann schreiben Sie alle Probleme auf:

Frage 16. Kann Ihr Kind mit beiden Händen hinten an den Hals fassen?

Ja Nein

Frage 17. Kann Ihr Kind mit beiden Händen an den Po fassen?

Ja Nein

Frage 18. Kann Ihr Kind mit beiden Händen die Füße anfassen?

Ja Nein

Frage 19. Kann Ihr Kind stehen?

- Ja.
- Ohne Hilfe. Mein Kind hält sich aber fest.
- Wenn die Pflege-Person mein Kind hält.
- Nein.

Frage 20. Kann Ihr Kind sitzen?

- Ja.
- Ohne Hilfe. Mein Kind hält sich aber fest.
- Wenn die Pflege-Person mein Kind hält.
- Nein.

Frage 21. Was ist schwer für Ihr Kind ?

- Sprechen.
- Sehen.
- Hören.
- Mein Kind hat **keine** Probleme mit Sprechen, Sehen oder Hören.

Schreiben Sie alle Probleme auf.

Frage 22. Ihr Kind hat Probleme mit Sprechen, Sehen oder Hören?

Wie hilft die Pflege-Person?

Zum Beispiel: Hörgerät anziehen oder Brille aufsetzen.

Frage 23. Wobei braucht Ihr Kind Hilfe von der Pflege?

Im Bett umdrehen.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

Aufstehen.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

Sicher sitzen.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

In der Wohnung laufen.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

Draußen laufen.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

Mit dem Rollstuhl fahren.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

Treppen steigen.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

Frage 24. Wobei braucht Ihr Kind Hilfe?

Erkennen von Freunden oder Familie.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

In der Wohnung zurechtfinden.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

Draußen zurechtfinden.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

Umgang mit Zeit.

keine Hilfe	etwas Hilfe	viel Hilfe	immer
-------------	-------------	------------	-------

Dinge in der richtigen Reihenfolge machen.

Zum Beispiel: zuerst Waschen, dann Anziehen.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Gefahren erkennen.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Verstehen, was andere von mir wollen

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Frage 25. Hat Ihr Kind Probleme mit seinen Gefühlen?

Ist Ihr Kind manchmal ohne Grund:

traurig, lustlos, unruhig, wütend?

Braucht Ihr Kind dann Hilfe von der Pflege?

Ja Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Schreiben Sie auf:

- Wie hilft die Pflege
- Wie oft hilft die Pflege in der Woche

Frage 26. Hat Ihr Kind Probleme Urin zu halten?

Ja Nein

Frage 27. Hat Ihr Kind Probleme Stuhlgang zu halten?

Ja Nein

Frage 28. Braucht Ihr Kind nachts Hilfe von anderen Menschen?

Ja Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Dann schreiben Sie auf:

Wie oft braucht Ihr Kind nachts Hilfe?

Wobei braucht Ihr Kind nachts Hilfe?

Frage 29. In der Liste stehen Dinge.

Die Dinge macht Ihr Kind jeden Tag.

Bitte kreuzen Sie an wieviel Hilfe Ihr Kind dafür braucht.

Ober-Körper waschen.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Unter-Körper waschen.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Ober-Körper anziehen und ausziehen.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Unter-Körper anziehen und ausziehen.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Essen klein schneiden.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Flasche mit Getränk aufmachen.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Essen.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Trinken.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Zum Klo gehen.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Hilfe bei Vorlagen wechseln oder Katheder wechseln.

keine Hilfe etwas Hilfe viel Hilfe immer

Frage 30. Muss Ihr Kind regelmäßig zum Arzt?

Ja Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Schreiben Sie bitte auf:

Wie oft im Monat muss das Kind zum Arzt?

Mein Kind muss zum Arzt _____ Mal im Monat.

Geht Ihr Kind allein zum Arzt?

Ja Nein

Braucht Ihr Kind eine Begleitung?

Ja Nein

Schreiben Sie die Adresse der Praxis auf:

Name vom Arzt:

Straße und Haus-Nummer:

Post-Leitzahl:

Ort:

Frage 31. Macht Ihr Kind in einer Praxis schon mehr als ein halbes Jahr eine Therapie?

Ja Nein

Kranken-Gymnastik

Wie oft in der Woche?

Wie macht Ihr Kind Kranken-Gymnastik?

Alleine Mit Begleitung

Ergo-Therapie

Wie oft in der Woche?

Wie macht Ihr Kind Ergo-Therapie?

Alleine Mit Begleitung

Logo-Pädie

Wie oft in der Woche?

Wie macht Ihr Kind Logo-Pädie?

Alleine Mit Begleitung

Frage 32. Macht Ihr Kind noch andere Therapien?

Ja Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Schreiben Sie auf:

Was für eine Therapie macht Ihr Kind noch?

Wie oft macht Ihr Kind die Therapie?

Kommt jemand mit zur Therapie?

Frage 33. Wobei braucht Ihr Kind Hilfe?

Medikamente

ein-sortieren ein-nehmen

Wie oft braucht Ihr Kind dabei Hilfe am Tag?

Spritze setzen (z. B. Insulin).

Wie oft braucht Ihr Kind dabei Hilfe am Tag?

Blutzucker messen.

Wie oft braucht Ihr Kind dabei Hilfe am Tag?

Inhalieren.

Wie oft braucht Ihr Kind dabei Hilfe am Tag?

Therapien zu Hause.

Wie oft braucht Ihr Kind dabei Hilfe am Tag?

Anziehen und Ausziehen von festen Strümpfen.

Wie oft braucht Ihr Kind dabei Hilfe am Tag?

Frage 34. Hat Ihr Kind noch weitere Anweisungen vom Arzt bekommen?

Anweisungen, die Ihr Kind jeden Tag macht?

Ja Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Dann schreiben Sie die Anweisung auf:

Frage 35. Braucht Ihr Kind jeden Tag Hilfe für:

- Teilhabe am Alltag.
- Einschlafen oder Durchschlafen.
- Wochen-Plan machen.
- Kontakt mit Freunden.

Frage 36. Wobei braucht Ihr Kind Hilfe?

- Für Freizeit-Gestaltung.
- Im Haushalt.
- Einkaufen.
- Ausfüllen von Formularen.

Frage 37. Haben Sie den Frage-Bogen selbst ausgefüllt?

Ja Nein

Haben Sie **Nein** geantwortet?

Schreiben Sie den Namen, die Adresse
und die Telefon-Nummer von der Hilfs-Person auf.

Frage 38. Darf der Medizinische Dienst mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Antworten!

E-Mail-Adresse

Die Adresse ist für den Raum:

- Alzey: hv_pfleger@md-rlp.de
- Kaiserslautern: pfleger.kaiserslautern@md-rlp.de
- Koblenz: pfleger.koblenz@md-rlp.de
- Ludwigshafen: pfleger.ludwigshafen@md-rlp.de
- Mainz: pfleger.mainz@md-rlp.de
- Trier: pfleger.trier@md-rlp.de

Post-Adresse

Die Adresse ist für den Raum:

- Alzey:
BBZ
Albiger Straße 19
D-55237, Alzey
- Kaiserslautern:
BBZ
Denisstraße 1a
D-67663, Kaiserslautern
- Koblenz:
BBZ
Jakob-Hasslacher-Straße 4
D-56070, Koblenz
- Ludwigshafen:
BBZ
Rathausplatz 10-12
D 67059 Ludwigshafen

- Mainz:
BBZ
Wilhelm-Römheld-Str. 28
D-55310, Mainz
- Trier:
BBZ
Aulstraße 1
D-54290, Trier