

**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
<b>Positionswechsel im Bett</b> (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Halten einer stabilen Sitzposition</b> (im Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Umsetzen</b> (Transfers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs</b> (in der Ebene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen</b> (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
<b>Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>				
<b>Zeitliche Orientierung</b> (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Örtliche Orientierung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verstehen von Sachverhalten und Informationen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mitteilen von elementaren Bedürfnissen</b> (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verstehen von Aufforderungen</b> (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 <b>selbständig</b> möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit <b>geringer, punktuel- personeller</b> Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; <b>überwiegende personelle Hilfe</b>	Aktivität <b>Unselbständig,</b> wird fremd übernommen
<b>Selbstversorgung</b>				
<b>Körperbezogene Pflegemaßnahme</b>				
<b>Waschen des vorderen Oberkörpers</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Waschen des Intimbereichs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Duschen und Baden</b> (Ober-/Unterkörper, Haare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>An- und Auskleiden des Oberkörpers</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>An- und Auskleiden des Unterkörpers</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Essen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ernährung über Infusion oder Sonde</b> (PEG/PEJ Sonde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trinken</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls</b> (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/ Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/ Umgang mit Stoma</b>	<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