

## Frage-Bogen zur Pflege-Begutachtung

Guten Tag,

Sie brauchen Pflege.

Für Pflege gibt es einen Frage-Bogen.

Der Frage-Bogen heißt:

Frage-Bogen zur Pflege-Begutachtung.

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 Sie brauchen.
- Wie viel Pflege Sie brauchen.
- Wobei Sie Hilfe brauchen.

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**

**Vorname**

**Nachname**

**Geburtsdatum**

**Wohn-Ort und Post-Leitzahl**

**Straße**

**Telefon-Nummer oder Handy-Nummer**

## Frage-Bogen für Erwachsene

Dieser Frage-Bogen hat fast 40 Fragen.

### Frage 1. Haben Sie ein altes Pflege-Gutachten?

Ja                      Nein

**Was ist heute bei Ihrer Gesundheit anders?**

### Frage 2. Waren Sie 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 waren Sie das letzte Mal im Kranken-Haus?**

**Warum waren Sie 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. Waren Sie 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 waren Sie in Reha oder Kur?**

---

**Wo war das?**

**In der Klinik“ „in der Praxis“ „zu Hause“?**

---

**Frage 4. In der Liste stehen Hilfs-Mittel. Wählen Sie alle Hilfs-Mittel aus, die Sie haben.**

- 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

Haben Sie noch andere Hilfs-Mittel?

Dann schreiben Sie die Hilfs-Mittel in das Feld:

**Frage 5. Wie leben Sie?**

- Ich lebe allein.
- Ich lebe zusammen mit:  
\_\_\_\_\_.
- Ich lebe in einer Einrichtung für Pflege (z. B. Pflege-Heim für Senioren).
- Ich lebe in einem Heim für Menschen mit Behinderungen.
- Ich lebe in einem ambulant betreuten Wohnen.

**Frage 6. Bekommen Sie 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 mir

---

Person 2 hilft mir

---

Person 3 hilft mir

---

Person 4 hilft mir

---



**Frage 9. Kommt ein Pflege-Dienst zu Ihnen 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 sind Sie?**

Ich bin \_\_\_\_\_ groß.

**Frage 11. Wie schwer sind Sie?**

Ich wiege \_\_\_\_\_ Kg.

**Frage 12. Haben Sie 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 haben Sie abgenommen?**

Ich habe \_\_\_\_\_ Kg abgenommen.

**Seit wieviel Wochen ist das so?**

Seit \_\_\_\_\_ Wochen.

**Frage 13. Können Sie die Finger nicht gut bewegen?**

Ja      Nein

**Frage 14. Haben Sie wenig Kraft in der Hand?**

Ja      Nein

**Frage 15. Haben Sie andere Probleme?**

Ja          Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Dann schreiben Sie alle Probleme auf:

**Frage 16. Können Sie mit beiden Händen hinten an den Hals fassen?**

Ja          Nein

**Frage 17. Können Sie mit beiden Händen an den Po fassen?**

Ja          Nein

**Frage 18. Können Sie mit beiden Händen die Füße anfassen?**

Ja          Nein

**Frage 19. Können Sie stehen?**

- Ja.
- Ohne Hilfe. Ich halte mich aber fest.
- Wenn mich die Pflege-Person hält.
- Nein.

**Frage 20. Können Sie sitzen?**

- Ja.
- Ohne Hilfe. Ich halte mich aber fest.
- Wenn mich die Pflege-Person hält.
- Nein.

**Frage 21. Was ist schwer für Sie?**

- Ich finde Sprechen schwer.
- Ich finde Sehen schwer.
- Ich finde Hören schwer.
- Ich habe **keine** Probleme mit Sprechen, Sehen oder Hören.

**Schreiben Sie alle Probleme auf.**

**Frage 22. Haben Sie Probleme mit Sprechen, Sehen oder Hören?**

**Wie hilft Ihnen die Pflege-Person?**

**Zum Beispiel: Hörgerät anziehen oder Brille aufsetzen.**

**Frage 23. Wobei brauchen Sie 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 brauchen Sie 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. Haben Sie Probleme mit Ihren Gefühlen?**

**Sind Sie manchmal ohne Grund:**

**traurig, lustlos, unruhig, wütend?**

**Brauchen Sie 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. Haben Sie Probleme, den Urin zu halten?**

Ja                  Nein

**Frage 27. Haben Sie Probleme, den Stuhlgang zu halten?**

Ja                  Nein

**Frage 28. Brauchen Sie nachts Hilfe von anderen Menschen?**

Ja                      Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Dann schreiben Sie auf:

**Wie oft brauchen Sie nachts Hilfe?**

**Wobei brauchen Sie nachts Hilfe?**

**Frage 29. In der Liste stehen Dinge.**

**Die Dinge machen Sie jeden Tag.**

**Bitte kreuzen Sie an wieviel Hilfe Sie brauchen.**

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. Müssen Sie regelmäßig zu einem Arzt oder zu einer Ärztin?**

Ja                      Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Schreiben Sie bitte auf:

**Wie oft im Monat gehen Sie zum Arzt?**

Ich gehe zum Arzt \_\_\_\_\_ Mal im Monat.

**Gehen Sie allein zum Arzt?**

Ja                      Nein

**Brauchen Sie eine Begleitung?**

Ja                      Nein

**Schreiben Sie die Adresse der Praxis auf:**

Name vom Arzt:

---

Straße und Haus-Nummer:

---

Post-Leitzahl:

---

Ort:

---



**Frage 31. Machen Sie in einer Praxis schon mehr als ein halbes Jahr eine Therapie?**

Ja                      Nein

Kranken-Gymnastik

Wie oft in der Woche?

Wie machen Sie Kranken-Gymnastik?

Allein                       Mit Begleitung

Ergo-Therapie

Wie oft in der Woche?

Wie machen Sie Ergo-Therapie?

Allein                       Mit Begleitung

Logo- Pädie

Wie oft in der Woche?

Wie machen Sie Logo-Pädie?

Allein                       Mit Begleitung

**Frage 32. Machen Sie noch andere Therapien?**

Ja                      Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Schreiben Sie auf:

**Was für eine Therapie machen Sie noch?**

---

**Wie oft machen Sie die Therapie?**

---

**Kommt jemand mit zur Therapie?**

---

**Frage 33. Wobei brauchen Sie Hilfe?**

Medikamente.

einsortieren  einnehmen

Wie oft brauchen Sie Hilfe am Tag?

Spritze setzen (z. B. Insulin).

Wie oft brauchen Sie Hilfe am Tag?

Blut-Zucker messen.

Wie oft brauchen Sie Hilfe am Tag?

Inhalieren.

Wie oft brauchen Sie Hilfe am Tag?

Therapien zu Hause.

Wie oft brauchen Sie Hilfe am Tag?

Anziehen und Ausziehen von festen Strümpfen.

Wie oft brauchen Sie Hilfe am Tag?

**Frage 34. Haben Sie noch weitere Anweisungen vom Arzt bekommen?**

**Anweisungen, die Sie jeden Tag machen?**

Ja                      Nein

Haben Sie **Ja** geantwortet?

Dann schreiben Sie die Anweisung auf:

**Frage 35. Brauchen Sie jeden Tag Hilfe für:**

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

**Frage 36. Wobei brauchen Sie Hilfe?**

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

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

Ja                      Nein

**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: [post@md-rlp.de](mailto:post@md-rlp.de)
- Kaiserslautern: [Kaiserslautern@md-rlp.de](mailto:Kaiserslautern@md-rlp.de)
- Koblenz: [koblenz@md-rlp.de](mailto:koblenz@md-rlp.de)
- Ludwigshafen: [Ludwigshafen@md-rlp.de](mailto:Ludwigshafen@md-rlp.de)
- Mainz: [mainz@md-rlp.de](mailto:mainz@md-rlp.de)
- Trier: [Trier@md-rlp.de](mailto: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