



## 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