

**Sehr geehrte/r Versicherte/r**, zur Vorbereitung auf die Pflegebegutachtung möchten wir Sie bitten folgende Fragen zu beantworten. Bitte füllen Sie den Bogen aus, gern mit Hilfe Ihrer Pflegeperson, und legen Sie ihn beim Hausbesuch vor (nicht zurücksenden). Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie bitte ein separates Blatt für Ihre Angaben.

### 1. Angaben zur antragstellenden (zur begutachtenden) Person

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### 2. Wer sind Ihre behandelnden Ärzte?

	Name, Fachrichtung, Anschrift	Hausbesuche	Praxisbesuche wie oft?
<b>Hausarzt:</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Weitere Ärzte:</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Weitere Ärzte:</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### 3. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

(ggf. gesondertes Blatt verwenden bzw. Kopie des Medikamentenplans beilegen)

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht
Beispiel: ASS 100	1	0	0	0

### 4. Werden Sie von Therapeuten/ausgebildeten Kräften behandelt?

	Hausbesuche	Praxisbesuche wie oft?
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie / Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> andere Therapien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### 5. Welche Hilfsmittel sind vorhanden / werden genutzt?

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kranken-/Pflegebett  | <input type="checkbox"/> Rollator                       | <input type="checkbox"/> Rollstuhl             | <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen |
| <input type="checkbox"/> Gehstock             | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl                 | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Urinflasche        |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzeinlagen  | <input type="checkbox"/> Windelhosen                    | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter        | <input type="checkbox"/> Stomaartikel       |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Badewannensitz/-brett          | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter      | <input type="checkbox"/> Duschhocker        |
| <input type="checkbox"/> Magen-/PEG-Sonde     | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät                | <input type="checkbox"/> Hausnotruf            | <input type="checkbox"/> Brille             |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese         | <input type="checkbox"/> Hörgerät                       | <input type="checkbox"/> Blutzucker-Testgerät  | <input type="checkbox"/> Insulin-Pen        |
| <input type="checkbox"/> Prothesen: _____     | <input type="checkbox"/> Stützkorsett / Orthesen: _____ |  |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____     |   |  |   |

### 6. Bestehen aktuell Wunden, bei denen Verbände angelegt/gewechselt werden?

- Nein     Ja, wo? \_\_\_\_\_

### 7. Ich werde von folgenden Angehörigen/Bekanntem gepflegt bzw. versorgt:

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefon	An wie vielen Tagen pro Woche?	Wieviel Stunden pro Woche?

### 8. Ich werde von einem ambulanten Pflegedienst/Sozialstation (mit) versorgt:

- Nein     Ja, Name: \_\_\_\_\_

Der Pflegedienst kommt \_\_\_\_\_ x täglich an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche.

### 9. Welche gesundheitlichen Probleme schränken Sie in Ihrer Selbstständigkeit ein?

(ggf. gesondertes Blatt verwenden)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 10. Bitte machen Sie Angaben zum letzten bzw. zu wichtigen Krankenhausaufenthalten

Aufenthalt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Grund der Aufnahme: \_\_\_\_\_

(Bitte legen Sie Ihre aktuellen Krankenhaus- bzw. Reha-Berichte beim Hausbesuch vor)

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

**HINWEIS:** Falls Sie diesen Bogen oder andere Unterlagen dem MD-Gutachter\*in mitgeben, müssen wir Sie darauf hinweisen, dass diese **nicht archiviert werden**. Nach Erstellung / Abschluss des Gutachtens werden alle Papierunterlagen **datenschutzkonform vernichtet**.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie diesen Fragebogen beim Hausbesuch vor (nicht zurücksenden)!**