

**Hinweis:** Mit der Beantwortung der folgenden Fragen erleichtern Sie die Bearbeitung des Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den MDK. Bitte füllen Sie den Bogen vor dem Termin zum Telefoninterview aus. Sie können sich damit auf das Gespräch so vorbereiten, dass nichts Wichtiges vergessen wird. Bitte halten Sie den Fragebogen beim Telefontermin bereit. Schicken Sie ihn nicht an den MDK zurück. **Bitte halten Sie zum Gespräch aktuelle Befunde, Arztbriefe, das gelbe Kinderuntersuchungsheft, aktuelle Zeugnisse und/oder Entwicklungsberichte bereit.**  
Vielen Dank!

*Für die bessere Lesbarkeit werden im Folgenden unter dem Begriff „Kind“ alle Kinder und Jugendlichen bis zu 18 Jahren verstanden.*

Name des pflegebedürftigen Kindes: \_\_\_\_\_

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

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

**Ist Ihr Kind in letzter Zeit in regelmäßiger ärztlicher Behandlung oder in einem Krankenhaus behandelt worden? Bitte geben Sie den Namen des Arztes und/ oder des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an.**

---

---

---

---

**Welche Erkrankungen stehen bei Ihrem Kind im Vordergrund?**

---

---

---

---

**Hatte Ihr Kind in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur)?**  ja  nein

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt?  ambulant  stationär

**Welche Hilfsmittel / Hilfen benutzt Ihr Kind?**

- |                                             |                                        |                                                 |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille             | <input type="checkbox"/> Rollator      | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte    |
| <input type="checkbox"/> lose Zahnsperre    | <input type="checkbox"/> Rollstuhl     | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter       |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät           | <input type="checkbox"/> Therapiestuhl | <input type="checkbox"/> Duschstuhl             |
| <input type="checkbox"/> Orthesen           | <input type="checkbox"/> Reha-Buggy    | <input type="checkbox"/> Pflegebett             |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Sturzhelm     | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze  |
| <input type="checkbox"/> Okklusionspflaster |                                        | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |

andere: \_\_\_\_\_

### Wer pflegt das Kind regelmäßig zu Hause?

	Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	Pflegetage pro Woche*	Pflegestunden pro Woche*	Weitere Pflegebedürftige, die von den Pflegepersonen gepflegt werden*
A							
B							
C							
D							

\*Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en).

### Wie ist Ihre häusliche Situation?

Kind lebt  mit Pflegeperson  A  B  C  D (siehe Tabelle) zusammen.

### Was genau erledigen die einzelnen Pflegepersonen für das Kind (A macht...; B macht...)?

---



---



---

### Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst oder einem familienentlastenden Dienst unterstützt?

ja  nein

Was führt der Pflegedienst / familienentlastende Dienst durch und wie oft (in der Woche oder im Monat)?

---



---

### Besucht Ihr Kind tagsüber eine Einrichtung (Schule, Kita, Förderkindertagesstätte, schulvorbereitende Einrichtung (SVE), Förderschule)

ja  nein

Name / Art der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Besuch der Einrichtung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wird das Kind mit einem Fahrdienst gefahren? Ist Schulbegleitung notwendig?

---

**Benötigt Ihr Kind nachts die Unterstützung einer anderen Person (z.B. beim Toilettengang?)**

- ja, \_\_\_\_ mal pro Nacht, bei \_\_\_\_\_
- nein

**Braucht Ihr Kind bei folgenden Verrichtungen die Unterstützung einer anderen Person?**

sich im Bett drehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
aus dem Bett aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
stabil auf einem Stuhl sitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
sich im Rollstuhl fortbewegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen/Baden/Duschen	<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	<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
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

**Zeigt Ihr Kind Entwicklungsverzögerungen? Liegt eine geistige Behinderung vor?  
Wenn ja, wie wirken diese sich auf den Alltag aus?**

---



---



---



---

**Braucht Ihr Kind die Unterstützung einer anderen Person, um...**

- sich zeitlich zu orientieren (z.B. Wochentag, Datum, Tageszeit)  ja  nein
- sich örtlich zu orientieren (z.B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen)  ja  nein
- sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z.B. Frühstück)  ja  nein
- sich an wichtige Ereignisse aus dem Leben (z.B. Urlaub, Ausflüge ect.) zu erinnern  ja  nein
- Sachverhalte zu verstehen (z.B. in welcher Situation des Alltags befinde ich mich)  ja  nein
- Aufforderungen zu verstehen  ja  nein
- Gesprächsinhalte zu verstehen  ja  nein
- seine Wünsche und Bedürfnisse (z.B. Hunger / Durst...) mitzuteilen  ja  nein
- nahestehende Personen zu erkennen  ja  nein
- Gefahren zu erkennen (z.B. bei Strom-u. Wärmequellen, Risiken im Verkehr)  ja  nein
- die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten  ja  nein

**Gibt es weitere Besonderheiten im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung, bei denen Ihr Kind regelmäßig die Unterstützung einer anderen Person braucht (z.B. besondere psychische Problemlagen)?**

Bitte schildern Sie hier kurz, um welche Schwierigkeiten es dabei geht, wie Sie darauf Einfluss nehmen müssen und wie häufig dies vorkommt:

---

---

---

**Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet werden, benötigt Ihr Kind Hilfe von einer anderen Person?**

- Mein Kind benötigt keinerlei personelle Hilfe.
- Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (richten und/oder verabreichen) \_\_\_\_\_ mal täglich
- Injektionen, z.B. Insulin \_\_\_\_\_ mal täglich
- Blutzuckermessung \_\_\_\_\_ mal täglich
- An- und Ablegen von Orthesenschuhen \_\_\_\_\_ mal täglich
- Orthesen anziehen \_\_\_\_\_ mal täglich
- Orthesen ausziehen \_\_\_\_\_ mal täglich
- andere: \_\_\_\_\_

**Besucht Ihr Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Arztpraxis?**

\_\_\_\_\_ mal monatlich       welche Fachärzte       Begleitung erforderlich

**Besucht Ihr Kind dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapiepraxis oder bekommt in der Einrichtung oder zu Hause Therapien durch einen Therapeuten?**

Krankengymnastik	_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> Hausbesuch	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
Ergotherapie	_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> Hausbesuch	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
Logopädie	_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> Hausbesuch	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
Frühförderung	_____ mal monatlich	<input type="checkbox"/> Hausbesuch	<input type="checkbox"/> mit Begleitung

**Führen Sie häusliche therapeutische Übungen mit Ihrem Kind durch, die Ihnen ein Therapeut mitgegeben hat und die Sie regelmäßig mit einem Therapeuten absprechen? Wenn ja, welche sind das und wie oft führen Sie die Übungen durch?**

---

---

**Benötigt Ihr Kind bei folgenden Punkten die Unterstützung einer anderen Person?**

- |                                                                                     |                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| sich tagsüber beschäftigen (z.B. altersgerechte Spiele, Basteln ect.)               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| trifft es sich mit anderen Kindern, macht es Vorschläge zu Freizeitaktivitäten ect. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| kann es mit nahen Angehörigen telefonieren                                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |