

Fragebogen für Versicherte, Angehörige und Pflegepersonen zur Einschätzung der persönlichen Pflegesituation

Liebe Versicherte, liebe Angehörige, liebe Unterstützende,

dieser Fragebogen soll dazu beitragen, ein möglichst genaues Bild Ihrer aktuellen Lebenssituation zu erhalten. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Bedürfnisse besser zu verstehen und Sie bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bestmöglich zu begleiten.

Bitte füllen Sie diesen Bogen soweit möglich aus – gern auch gemeinsam mit Ihrer Pflegeperson. Beziehen Sie sich dabei auf die Zeit ab der Antragstellung.

Bitte beachten Sie: Die Begutachtung kann nur persönlich erfolgen – eine Vertretung ist nicht möglich.

Herzlichen Dank für Ihre Offenheit und Unterstützung!

1. Persönliche Angaben

Name des/der Versicherten

Geburtsdatum

Telefonnummer

2. Medizinische und pflegerische Informationen

Gab es kürzlich einen Krankenhausaufenthalt?

Wenn ja, bitte Krankenhausname, Dauer und Grund nennen:



Welche gesundheitlichen Einschränkungen prägen Ihren Alltag aktuell besonders?

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht an.

3. Auswirkungen auf den Alltag

Was fällt Ihnen im täglichen Leben durch Ihre gesundheitliche Situation besonders schwer? (außerhalb der Hausarbeit)

4. Rehabilitationsmaßnahmen

Haben Sie in den letzten vier Jahren eine Reha gemacht? ja nein

Wenn ja: Wann? (Monat/Jahr) ambulant stationär

5. Unterstützung durch Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel nutzen Sie im Alltag? (bitte ankreuzen)

Brille	Rollator	Inkontinenzprodukte
Zahnprothese	Rollstuhl	Badewannenlifter
Hörgerät	Kompressionsstrümpfe	Duschstuhl
Hausnotruf	Toilettenstuhl	Pflegebett
Unterarmgehstützen	Toilettensitzerhöhung	Antidekubitusmatratze
Gehstock	Urinflasche	Sauerstoffkonzentrator

Weitere Hilfsmittel:



6. Unterstützung und Begleitung

Leben Sie gemeinsam mit einer weiteren Person in einem Haushalt? ja nein

Wenn ja, mit wem?

Werden Sie durch einen Pflegedienst oder eine Tagespflegeeinrichtung begleitet? Wenn ja: Name:

Benötigen Sie nachts Hilfe, z. B. für den Toilettengang? ja, _____ mal pro Nacht nein

7. Pflegende Personen

Wer unterstützt Sie regelmäßig in der häuslichen Pflege?

Name, Vorname	Adresse, Geburtsdatum	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche	Anzahl weiterer betreuter Personen

8. Wohnsituation

Wie ist Ihre Wohnsituation? Bitte kreuzen Sie an.

Ich wohne in einem: im: Alle genutzten Räume befinden/erstrecken sich:

<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Erdgeschoss	<input type="checkbox"/> auf einer Etage
<input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus	<input type="checkbox"/> Hochparterre	<input type="checkbox"/> über zwei Etagen
<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus	<input type="checkbox"/> Souterrain	<input type="checkbox"/> über drei Etagen
	<input type="checkbox"/> Obergeschoss	

Aufzug vorhanden ist vorhanden
 vor der Haus-/Wohnungstür sind Stufen zu überwinden
 ebenerdiger Zugang zum Haus ist vorhanden
 der Wohnbereich ist barrierefrei

Das Bad ist ausgestattet mit einer/einem:

<input type="checkbox"/> Badewanne	<input type="checkbox"/> Dusche mit flachem Einstieg	<input type="checkbox"/> WC
<input type="checkbox"/> Dusche mit ebenerdigem Einstieg	<input type="checkbox"/> Dusche mit hohem Einstieg	<input type="checkbox"/> erhöhtem WC



Das Bad ist mit einem

Rollator	befahrbar	nicht befahrbar
Rollstuhl	befahrbar	nicht befahrbar
Toilettenrollstuhl	befahrbar	nicht befahrbar

eine separate Toilette ist vorhanden

Ein Festnetztelefon ist vorhanden nicht vorhanden

Die Mobilität ist innerhalb des Wohnbereichs eingeschränkt durch

Türschwellen	lose Teppiche	Stufe/n vor/in Zimmern
schmale Türen	Möbelstücke	beengte wohnliche Verhältnisse

9. Bewegung und Mobilität

In welchen Bereichen benötigen Sie Unterstützung? Bitte kreuzen Sie an.

sich im Bett drehen	nein	etwas	überwiegend	komplett
aus dem Bett aufstehen	nein	etwas	überwiegend	komplett
stabil auf einem Stuhl sitzen	nein	etwas	überwiegend	komplett
sich in der Wohnung fortbewegen	nein	etwas	überwiegend	komplett
Treppen steigen	nein	etwas	überwiegend	komplett

10. Orientierung und Gedächtnis

Gibt es Bereiche, in denen Sie sich unsicher fühlen oder Hilfe brauchen?

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. letzte Mahlzeit)	ja	nein
sich an wichtige Lebensereignisse zu erinnern (z. B. Beruf, Hochzeit)	ja	nein
Sachverhalte zu verstehen (z. B. Nachrichten)	ja	nein
Aufforderungen zu verstehen	ja	nein
Gesprächsinhalte zu verstehen	ja	nein
Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen	ja	nein
nahestehende Personen zu erkennen	ja	nein
Gefahren zu erkennen (z. B. im Haushalt oder Straßenverkehr)	ja	nein
Handlungen in der richtigen Reihenfolge durchzuführen	ja	nein



11. Psychisches Wohlbefinden

Haben Sie seelische Belastungen (z. B. Ängste, Unruhe, Rückzug), bei denen Sie regelmäßig Unterstützung benötigen?

12. Selbstversorgung

Welche Tätigkeiten im Bereich Körperpflege, Ernährung oder Toilettengang bereiten Ihnen Schwierigkeiten?

Gesicht waschen, rasieren, kämmen	nein	etwas	überwiegend	komplett
Waschen/Baden/Duschen	nein	etwas	überwiegend	komplett
An- und Auskleiden	nein	etwas	überwiegend	komplett
Speisen zerkleinern/ Flaschen aufdrehen	nein	etwas	überwiegend	komplett
Essen	nein	etwas	überwiegend	komplett
Trinken	nein	etwas	überwiegend	komplett
Toilettengang	nein	etwas	überwiegend	komplett
Versorgung mit Inkontinenzmaterial	nein	etwas	überwiegend	komplett

13. Medizinische Versorgung

Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet werden, benötigen Sie Hilfe von einer anderen Person?

Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.

Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (richten und/oder verabreichen)	_____ mal täglich
Injektionen, z. B. Insulin	_____ mal täglich
Blutzuckermessung	_____ mal täglich
Blutdruckmessung	_____ mal täglich
Kompressionsstrümpfe anziehen	_____ mal täglich
Kompressionsstrümpfe ausziehen	_____ mal täglich
Verbandswechsel	_____ mal täglich
andere:	



Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Arztpraxis?

_____ mal monatlich alleine Begleitung erforderlich

Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Arztpraxis?

Krankengymnastik	_____ mal monatlich	alleine	mit Begleitung
Ergotherapie	_____ mal monatlich	alleine	mit Begleitung
Logopädie	_____ mal monatlich	alleine	mit Begleitung
	_____ mal monatlich	alleine	mit Begleitung

14. Tagesstruktur und Selbstständigkeit

Brauchen Sie Unterstützung bei Alltagsaktivitäten wie Beschäftigung, Schlaf, Planung oder Notrufe?

sich tagsüber beschäftigen (z. B. Handarbeit, Fernsehen, Radio hören)	ja	nein
nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen	ja	nein
über den Tag hinaus planen (z. B. einen Arzttermin)	ja	nein
telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich	ja	nein

15. Ergänzungen

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, das Ihnen wichtig ist oder in den vorherigen Fragen zu kurz kam?

