Fragebogen zur Pflegesituation

Zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten.
Falls Sie dies nicht selbst erledigen können, kann dies auch eine Angehörige, ein Angehöriger oder eine Pflegeperson übernehmen.

Referenznummer: _____

Name der zu begutachtenden Person: _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): _____

Aktuelle Telefonnummer der versicherten Person: _____

Falls die Fragen von einer anderen Person beantwortet wurden, geben Sie hier bitte an, wer den Fragebogen ausgefüllt hat:

Name, Vorname: _____

Funktion (z. B.: Bevollmächtigte/r Betreuer/in) _____

Ich bin damit einverstanden, dass bei offenen Fragen Kontakt zu mir aufgenommen wird:
☐ nein ☐ ja, Telefonnummer:

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

☐ Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt von den mich behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem Krankenhaus oder der Reha-Einrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern sowie Auskünfte bei sonstigen Personen oder Diensten einholen kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Die genannten Unterlagen sind unmittelbar an den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt zu senden. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt weitergegeben werden.
Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab. Sie kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Name, Vorname, Telefonnummer, Adresse der Hausärztin bzw. des Hausarztes:

_____

_____

Welche Erkrankungen sind bekannt und schränken Sie in Ihrem Alltag ein?

Falls Sie schon zuvor vom Medizinischen Dienst begutachtet wurden:
Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung verändert und seit wann?

Waren Sie innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Krankenhaus? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, aus welchen Gründen? Aufenthaltszeitraum (Monat/Jahr)

Sofern Sie uns Ihren letzten Krankenhausbericht mitschicken möchten, denken Sie bitte daran, diesen ausschließlich als Kopie beizufügen.

Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?
☐nein ☐ ja, wann _____ (Monat/Jahr)
☐ambulant ☐ stationär

Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

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

weitere Hilfsmittel:

ungenutzte Hilfsmittel:

Beschreibung Ihrer Wohnsituation:

Alleinlebend?	☐ nein ☐ ja	☐ Einfamilienhaus	☐ Mehrfamilienhaus
☐ Erdgeschoss	☐ Hochparterre	☐ Obergeschoss	☐ Fahrstuhl
☐ Stufen vor der Haustür	Geländer:	☐ einseitig	☐ zweiseitig
☐ Treppe innerhalb der Wohnung; ☐ Treppenlift	Geländer:	☐ einseitig	☐ zweiseitig
☐ Badezimmer mit	☐ WC ☐ Waschbecken ☐ Wanne	☐ Dusche:	☐ ebenerdig ☐ erhöhter Einstieg
☐ Betteinstieg	☐ erhöht	☐ nicht erhöht	
☐ Türbreiten mit Rollator/Rollstuhl durchfahrbar	☐ Türschwellen im Wohnraum	☐ Balkon/Terrasse:	☐ ebenerdig ☐ Stufe/Schwelle
Ist die Nutzung des Telefons selbständig möglich?	☐ nein	☐ ja	

Wer pflegt Sie regelmäßig Zuhause?

	Name, Vorname	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche	Anzahl weiterer Pflegebedürftiger, die gepflegt werden
A				
B				

Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie? (z. B.: Person A übernimmt die Körperpflege, Person B übernimmt die Medikation und die Hauswirtschaft/Einkäufe)

Werden Sie Zuhause von einem Pflegedienst unterstützt?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie oft? ____ mal täglich oder ____ mal wöchentlich

Name und Anschrift des Pflegedienstes: _____

Was macht der Pflegedienst? (bspw. Körperpflege, Medikation, Hauswirtschaft/Einkäufe)

Angaben zur Konstitution:

Körpergröße in cm: _____ Körpergewicht in kg: _____

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?

☐ nein ☐ ja, Verlust von _____ kg

Erläuterung: _____

Fragen zu den Fähigkeiten:

Können Sie Knöpfe öffnen/schließen?	☐ nein	☐ ja
Können Sie die Hände…	in den Nacken legen? zum Gesäß führen? im Sitzen zu den Füßen bringen?	☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja
Können Sie stehen? ☐ nein	☐ ja:	☐ ohne Hilfe ☐ wenn ich mich festhalten kann ☐ mit Stützen durch eine Pflegeperson
Können Sie gehen? ☐ nein	☐ ja:	☐ ohne Hilfe ☐ wenn ich mich an Möbeln festhalte oder mit einem Hilfsmittel ☐ mit Stützen durch eine Pflegeperson

Brauchen Sie Hilfe bei folgenden Aktivitäten?			**Ergänzungsfeld zum Hilfebedarf:**
sich im Bett drehen	☐ nein	☐ ja	
aus dem Bett aufstehen	☐ nein	☐ ja	
von einem Stuhl aufstehen und umsetzen	☐ nein	☐ ja	
sich im Rollstuhl fortbewegen (sofern genutzt)	☐ nein	☐ ja	
Treppen steigen	☐ nein	☐ ja	
An- und Auskleiden	☐ nein	☐ ja	
Waschen/Baden/Duschen	☐ nein	☐ ja	
Toilettenbenutzung	☐ nein	☐ ja	
Wechsel von Inkontinenzprodukten (sofern genutzt)	☐ nein	☐ ja	
Speisen mundgerecht zerkleinern	☐ nein	☐ ja	
Essen	☐ nein	☐ ja	
Trinken	☐ nein	☐ ja	

Fragen zur Kontinenz:

Können Sie Ihren Urin halten?	☐ nein ☐ Tröpfcheninkontinenz ☐ ja
Können Sie Ihren Stuhlgang halten?	☐ nein ☐ überwiegend ☐ ja
Benötigen Sie nachts personelle Hilfe? (z. B.: Toilettengang)	☐ nein ☐ ja, wie oft? _____

Die nachfolgenden Fragen brauchen nur beantwortet zu werden, wenn bei Ihnen psychische Erkrankungen oder Gedächtnisstörungen bekannt sind.

Können Sie bekannte Personen zuordnen?	☐ nein ☐ ja
Können Sie sich zeitlich orientieren (z. B. Wochentag, Tageszeit)?	☐ nein ☐ ja
Können Sie sich in Ihrer Wohnung orientieren?	☐ nein ☐ ja
Können Sie sich außerhalb der Wohnung orientieren?	☐ nein ☐ ja
Kennen Sie die korrekte Reihenfolge beim Waschen/An- und Auskleiden?	☐ nein ☐ ja
Können Sie sich regelmäßig an die letzte Mahlzeit erinnern?	☐ nein ☐ja
Können Sie sich an Ihren Beruf und ggf. Eheschließung erinnern?	☐ nein ☐ ja
Können Sie einem Gruppengespräch aktiv folgen?	☐ nein ☐ ja
Können Sie Gefahrenquellen einordnen? (z. B.: Strom, Herd an/aus)	☐ nein ☐ ja

Benötigen Sie personelle Hilfe bei psychischen Problemen?
(z. B.: Wahnvorstellungen, grundloses ständiges Rufen)

☐ nein ☐ ja Welche Problemlagen bestehen und wie oft treten diese auf? (z. B.: täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich)

Welche personelle Unterstützung ist dann notwendig?

Bestehen Schwierigkeiten beim …?

Sprechen: ☐ nein ☐ ja, folgende: _____
Hören: ☐ nein ☐ ja, folgende: _____
Sehen: ☐ nein ☐ ja, folgende: _____

Welche Ärzte suchen Sie dauerhaft über sechs Monate in der Praxis auf?

Allgemeinmedizin:	__ mal im Jahr	Neurologie:	__ mal im Jahr	Urologie:	__ mal im Jahr
Innere Medizin:	__ mal im Jahr	Gynäkologie:	__ mal im Jahr	Onkologie:	__ mal im Jahr
Orthopädie:	__ mal im Jahr	Psychiatrie:	__ mal im Jahr		__ mal im Jahr

Welche Therapien suchen Sie dauerhaft über sechs Monate in der Praxis auf?

Krankengymnastik:	___ mal wöchentlich ☐ allein ☐ in Begleitung
Logopädie:	___ mal wöchentlich ☐ allein ☐ in Begleitung
Ergotherapie:	___ mal wöchentlich ☐ allein ☐ in Begleitung
	___ mal wöchentlich ☐ allein ☐ in Begleitung

Anwendung von ärztlich angeordneten Medikamenten:

☐ Tabletten	__ mal täglich __ mal wöchentlich
☐ Inhalation	__ mal täglich __ mal wöchentlich
☐ Augentropfen	__ mal täglich __ mal wöchentlich
☐ Salben	__ mal täglich __ mal wöchentlich
Können Sie Ihre Medikamente allein vorbereiten?	☐ nein ☐ ja
Können Sie Ihre Medikamente allein einnehmen?	☐ nein ☐ ja

Sind Wundverbände länger als sechs Monate zu erwarten:

☐ nein ☐ ja: Art und Ort der Wunde sowie derzeitige Häufigkeit der Wundversorgung:

_____

_____

Nur bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus auszufüllen:

Können Sie sich Ihr Insulin allein spritzen?	☐ nein ☐ ja	__ mal täglich
Können Sie sich allein den Blutzuckerwert messen?	☐ nein ☐ ja	__ mal täglich

Platz für weitere Angaben:

_____

_____

_____

Bitte für die Nachvollziehbarkeit folgende Daten erneut angeben:

Name der zu begutachtenden Person: _____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): _____

Ich versichere, dass alle Angaben wahr und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht worden sind.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Telefonnummer (wichtig für Rückfragen): _____