

Fragebogen zur Pflegesituation

Zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten.

Referenznummer: _____

Name des zu begutachtenden Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes (Tag/Monat/Jahr): _____

Die Beantwortung der Fragen erfolgt durch:

Name, Vorname: _____

Verhältnis zum Kind (z. B.: Mutter, Vater): _____

Telefonnummer: _____

Ich bin damit einverstanden, dass bei offenen Fragen

Kontakt zu meiner Person aufgenommen wird

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst Sachsen-Anhalt von den das Kind 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 den Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Die genannten Unterlagen sind unmittelbar an den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt zu senden. Unterlagen des Kindes, die der Pflegekasse zur Verfügung gestellt sind, dürfen an den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt weitergegeben werden.

Diese Erklärung ist freiwillig. Sie kann 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, Adresse und Telefonnummer der Kinderärztin/des Kinderarztes (Pädiatrie):

Welche Erkrankungen sind bekannt, durch die das Kind im Alltag eingeschränkt ist?

**Falls das Kind zuvor vom Medizinischen Dienst begutachtet wurde:
Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung verändert und seit wann?**

War das Kind innerhalb der letzten zwölf Monate in einem Krankenhaus? nein ja
Wenn ja, aus welchen Gründen? Aufenthaltszeitraum (Monat/Jahr)

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

Hat das Kind in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?
 nein ja, wann _____ (Monat/Jahr) ambulant stationär

Welche Hilfsmittel stehen dem Kind zur Verfügung?

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Vorlagen/Windeln	<input type="checkbox"/> Inhalationsgerät
<input type="checkbox"/> Kopfschutzhelm	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Glucosemonitor (CMG)
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> lose Zahnspange	<input type="checkbox"/> Stomaartikel (Beutel)
<input type="checkbox"/> Badeliege	<input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/> Toilettensitz	<input type="checkbox"/> Insulinpumpe
<input type="checkbox"/> Magensonde/Zubehör	<input type="checkbox"/> Okklusionspflaster	<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator
<input type="checkbox"/> Toiletten(roll)stuhl	<input type="checkbox"/> Orthesen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl

weitere Hilfsmittel: _____

ungenutzte Hilfsmittel: _____

Das Kind besucht folgende Einrichtung:

<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Regelschule	<input type="checkbox"/> besondere Schulform:	<input type="checkbox"/> Frühförderung, Ort:
<input type="checkbox"/> integrativer Kindergarten	<input type="checkbox"/> mit Schulbegleitung		Häufigkeit: __ mal wöchentlich

Beschreibung der Wohnsituation des Kindes:

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

Wer pflegt das Kind 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 das Kind? (z. B.: Person A übernimmt die Körperpflege, Person B übernimmt die Medikation und die Hauswirtschaft/Einkäufe)

Wird das Kind 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: _____

**Braucht das Kind Hilfe bei den
nachfolgenden Aktivitäten?**

Ergänzungsfeld zum Hilfebedarf:

sich im Bett drehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
aus dem Bett aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gehen innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gehen außerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
von einem Stuhl aufstehen und umsetzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
sich im Rollstuhl fortbewegen (sofern genutzt)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Waschen Oberkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Waschen Unterkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
An- und Auskleiden Oberkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
An -und Auskleiden Unterkörper	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Toilettenbenutzung (Intimhygiene, Kleidung richten)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wechsel von Inkontinenzprodukten (sofern genutzt)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Speisen mundgerecht zerkleinern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Getränkeflaschen öffnen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bestehen Besonderheiten bei der Sauberkeitsentwicklung (Durchfälle, Einnässen)?

nein ja, folgendes: _____

Bestehen Besonderheiten bei der Ernährung (Schluckprobleme, Mundmotorik, Speicheln)?

nein ja, folgende: _____

Bestehen Besonderheiten in der motorischen Entwicklung (Krabbeln, Stehen, Gehen)?

nein ja, folgende: _____

Bestehen Besonderheiten in der geistigen Entwicklung?

(Störung der Intelligenz, der Wahrnehmung, des Denkens)

nein ja, folgende: _____

Bestehen Besonderheiten in der emotionalen Entwicklung?

(Unruhezustände, selbstverletzendes Verhalten, Aggressivität, Ängste)

nein ja, folgende: _____

Wie oft ist personelle Unterstützung notwendig?

(täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich) _____

Welche personelle Unterstützung ist nötig? _____

Bestehen Besonderheiten beim Schlafen aufgrund gravierender und regelmäßiger Schlafstörungen?

nein ja, folgende: _____

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

Kann das Kind bekannte Personen zuordnen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kann sich das Kind zeitlich orientieren (z. B. Wochentag, Tageszeit)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kann sich das Kind in der Wohnung orientieren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kann sich das Kind außerhalb der Wohnung orientieren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kennt das Kind die korrekte Reihenfolge beim Waschen/An- und Auskleiden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kann sich das Kind an besondere Ereignisse erinnern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kann das Kind Sachverhalte (z. B.: altersgerechte Spielregeln) verstehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kann das Kind Aufforderungen umsetzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kann das Kind Gefahrenquellen einordnen? (z. B.: Straßenverkehr, Ampel)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bestehen Schwierigkeiten beim ...?

Sprechen: nein ja, folgende: _____

Hören: nein ja, folgende: _____

Sehen: nein ja, folgende: _____

Welche Ärzte sucht das Kind dauerhaft über sechs Monate in der Praxis auf?

Pädiatrie:	__ mal im Jahr	Neurologie:	__ mal im Jahr	Nephrologie:	__ mal im Jahr
Kardiologie:	__ mal im Jahr	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ):	__ mal im Jahr		__ mal im Jahr

Welche Therapien sucht das Kind dauerhaft über sechs Monate in der Praxis auf?

Krankengymnastik:	___ mal wöchentlich <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> in der Kita
Logopädie:	___ mal wöchentlich <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> in der Kita
Ergotherapie:	___ mal wöchentlich <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> in der Kita
	___ mal wöchentlich <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> in der Kita
Müssen Sie (Mutter, Vater) während der Therapie anwesend sein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Anwendung von ärztlich angeordneten Medikamenten:

<input type="checkbox"/> Tabletten	__ mal täglich __ mal wöchentlich
<input type="checkbox"/> Inhalation	__ mal täglich __ mal wöchentlich
<input type="checkbox"/> Augentropfen	__ mal täglich __ mal wöchentlich
<input type="checkbox"/> Salben	__ mal täglich __ mal wöchentlich
Kann das Kind die Medikamente allein einnehmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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:

Kann sich das Kind das Insulin allein spritzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	__ mal täglich
Kann das Kind den Blutzuckerwert selbstständig messen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	__ mal täglich

Platz für weitere Angaben: _____

Bitte für die Nachvollziehbarkeit folgende Daten erneut angeben:

Name des zu begutachtenden Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes (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): _____