

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?

☐ Brille	☐ Vorlagen/Windeln	☐ Inhalationsgerät
☐ Kopfschutzhelm	☐ Rollstuhl	☐ Glucosemonitor (CMG)
☐ Hörgerät	☐ lose Zahnsperre	☐ Stomaartikel (Beutel)
☐ Badeliege	☐ Blutzuckermessgerät	☐ Pflegebett
☐ Unterarmgehstützen	☐ Toilettensitz	☐ Insulinpumpe
☐ Magensonde/Zubehör	☐ Okklusionspflaster	☐ Sauerstoffkonzentrator
☐ Toiletten(roll)stuhl	☐ Orthesen	☐ Rollstuhl

weitere Hilfsmittel: _____

ungenutzte Hilfsmittel: _____

Das Kind besucht folgende Einrichtung:

☐ Kindergarten	☐ Regelschule	☐ besondere Schulform:	☐ Frühförderung, Ort:
☐ integrativer Kindergarten	☐ mit Schulbegleitung		Häufigkeit: __ mal wöchentlich

Beschreibung der Wohnsituation des Kindes:

☐ 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 Rollstuhl durchfahrbar	☐ Türschwellen im Wohnraum	☐ Balkon/Terrasse:	☐ ebenerdig ☐ Stufe/Schwelle
Ist die Nutzung des Telefons selbständig möglich?	☐ nein	☐ 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	☐ nein	☐ ja
aus dem Bett aufstehen	☐ nein	☐ ja
Gehen innerhalb der Wohnung	☐ nein	☐ ja
Gehen außerhalb der Wohnung	☐ nein	☐ ja
von einem Stuhl aufstehen und umsetzen	☐ nein	☐ ja
sich im Rollstuhl fortbewegen (sofern genutzt)	☐ nein	☐ ja
Treppen steigen	☐ nein	☐ ja
Waschen Oberkörper	☐ nein	☐ ja
Waschen Unterkörper	☐ nein	☐ ja
An- und Auskleiden Oberkörper	☐ nein	☐ ja
An -und Auskleiden Unterkörper	☐ nein	☐ ja
Toilettenbenutzung (Intimhygiene, Kleidung richten)	☐ nein	☐ ja
Wechsel von Inkontinenzprodukten (sofern genutzt)	☐ nein	☐ ja
Speisen mundgerecht zerkleinern	☐ nein	☐ ja
Getränkeflaschen öffnen	☐ nein	☐ ja
Essen	☐ nein	☐ ja
Trinken	☐ nein	☐ 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?	☐ nein ☐ ja
Kann sich das Kind zeitlich orientieren (z. B. Wochentag, Tageszeit)?	☐ nein ☐ ja
Kann sich das Kind in der Wohnung orientieren?	☐ nein ☐ ja
Kann sich das Kind außerhalb der Wohnung orientieren?	☐ nein ☐ ja
Kennt das Kind die korrekte Reihenfolge beim Waschen/An- und Auskleiden?	☐ nein ☐ ja
Kann sich das Kind an besondere Ereignisse erinnern?	☐ nein ☐ ja
Kann das Kind Sachverhalte (z. B.: altersgerechte Spielregeln) verstehen?	☐ nein ☐ ja
Kann das Kind Aufforderungen umsetzen?	☐ nein ☐ ja
Kann das Kind Gefahrenquellen einordnen? (z. B.: Straßenverkehr, Ampel)	☐ nein ☐ 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 ☐ allein ☐ in Begleitung ☐ in der Kita
Logopädie:	___ mal wöchentlich ☐ allein ☐ in Begleitung ☐ in der Kita
Ergotherapie:	___ mal wöchentlich ☐ allein ☐ in Begleitung ☐ in der Kita
	___ mal wöchentlich ☐ allein ☐ in Begleitung ☐ in der Kita
Müssen Sie (Mutter, Vater) während der Therapie anwesend sein?	☐ nein ☐ ja

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
Kann das Kind die 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:

Kann sich das Kind das Insulin allein spritzen?	☐ nein ☐ ja	___ mal täglich
Kann das Kind den Blutzuckerwert selbstständig messen?	☐ nein ☐ 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): _____