

Fragebogen zum Hilfebedarf – ambulante Pflege

Zur Bearbeitung Ihres Antrages durch den Medizinischen Dienst Sachsen bitten wir Sie, folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten. Falls Sie dies nicht selbst erledigen können, fragen Sie bitte eine Angehörige, einen Angehörigen, eine Pflegeperson oder Ihren gesetzlichen Betreuer um Hilfe.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.
Ihr Medizinischer Dienst Sachsen

Name der/des Versicherten:

Geburtsdatum:

1. Welche Ursachen haben zum Höherstufungsantrag geführt?

2. Was genau hat sich seit der letzten Begutachtung verändert? Ungefähr seit wann ist die Änderung eingetreten?

3. Waren Sie seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, aus welchen Gründen? Wann und wie lange?

4. Haben Sie seit der letzten Begutachtung an einer Rehabilitation (Kur) teilgenommen?

☐ ja

☐ nein

5. Worin sehen Sie Ihr hauptsächliches Problem?

Wenn möglich, legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe/Klinikberichte in Kopie bei.

6. Welche Hilfsmittel nutzen Sie täglich?

☐ Gehstock

☐ Inhalationsgerät

☐ Rollstuhl

☐ Unterarmgehstützen

☐ Sauerstoffkonzentrator

☐ Stomaartikel

☐ Rollator

☐ Schlafapnoe-Gerät

☐ Toilettensitzerhöhung

☐ Hörgerät

☐ Inkontinenzmaterial

☐ Toilettensstuhl

☐ Brille

☐ Kompressionsstrumpf/-strumpfhose

☐ Urinflasche

☐ Orthese/Prothese:

☐ Zahnprothese

☐ weitere Hilfsmittel:

7. Leben Sie allein?

☐ ja

☐ nein

Leben Sie zusammen mit nachfolgend aufgeführten Pflegepersonen? Wenn ja, welche?

☐ A

☐ B

☐ C

☐ D

8. Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause (Pflegepersonen)?

Name, Vorname	Straße	PLZ	Wohnort	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
A					
B					
C					
D					

Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie (Pflegeperson A macht...; Pflegeperson B macht...)?

Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?

☐ nein

☐ ja, wie oft?

Name/Anschrift des Pflegedienstes:

Was macht der Pflegedienst?

mal täglich oder mal wöchentlich

9. Fragen zur Bewegung und zum Allgemeinbefinden:

Körpergröße: cm

Körpergewicht: kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen? Wenn ja: kg in Wochen

Erreichen Ihre Hände ...

die Ohren?

☐ ja

☐ eingeschränkt

☐ nein

den Hinterkopfbereich?

☐ ja

☐ eingeschränkt

☐ nein

den hinteren Gesäßbereich?

☐ ja

☐ eingeschränkt

☐ nein

im Sitzen die Unterschenkel?

☐ ja

☐ eingeschränkt

☐ nein

im Sitzen die Füße?

☐ ja

☐ eingeschränkt

☐ nein

im Sitzen den Boden?

☐ ja

☐ eingeschränkt

☐ nein

Können Sie stehen?

☐ ohne Hilfe

☐ wenn ich mich festhalten kann

☐ mit einer Person als Stütze

☐ nein

Können Sie in der Wohnung gehen?

☐ ohne Hilfe

☐ wenn ich mich festhalten kann

☐ mit einer Person als Stütze

☐ nein

Ist Treppensteigen möglich?

☐ ohne Hilfe

☐ wenn ich mich festhalten kann

☐ mit einer Person als Stütze

☐ nein

Liegen Einschränkungen des Allgemeinbefindens vor? Wenn ja, durch ...

☐ Ödeme ☐ Luftnot bei ☐ erheblicher Belastung ☐ geringer Belastung

Erfolgt eine Sauerstoffversorgung? Wenn ja, ... ☐ bei Bedarf ☐ stundenweise ☐ ständig

Besteht eine unkontrollierte Harnausscheidung? ☐ ja ☐ nein

Besteht eine unkontrollierte Stuhlausscheidung? ☐ ja ☐ nein

Gibt es weitere Anmerkungen zur Blasen- und Darmentleerung (Dauerkatheter / Urostoma / Anus praeter etc.)?

Können Sie Knöpfe/Verschlüsse noch öffnen/schließen?

☐ ja ☐ eingeschränkt ☐ nein

Können Sie mit Besteck Speisen kleinschneiden? ☐ ja ☐ eingeschränkt ☐ nein

Können Sie Gabel/Löffel/Becher zum Mund führen? ☐ ja ☐ eingeschränkt ☐ nein

Wird nachts personelle Hilfe benötigt? Wenn ja, wie oft?

mal für: ☐ Toilettengang ☐ Lagewechsel ☐ Wechsel Inkontinenzmaterial
☐ Sonstiges:

10. Fragen zum geistigen Leistungsvermögen / zu Sinnesorganen / zur Psyche:

(Diese Fragen nur beantworten, wenn psychische Erkrankungen oder Gedächtnisstörungen bekannt sind)

Brauchen Sie Hilfe ...

um bekannte Personen / Angehörige zu erkennen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

um sich zeitlich zu orientieren (z. B. Wochentag, Tageszeit)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

um sich in der Wohnung zu orientieren? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

um sich außerhalb der Wohnung zu orientieren? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Können Sie ...

sich an kürzlich zurückliegende Ereignisse/letzte Mahlzeit erinnern? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

sich an wichtige Lebensereignisse (Beruf/Eheschließung) erinnern? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

die richtige Reihenfolge beim Waschen/Kleiden einhalten? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

einem Gespräch ohne Schwierigkeiten folgen? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Gefahren im Wohnbereich erkennen (z.B. Stromquellen, Stolperschwelen)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

einfache Sachverhalte einordnen (z.B. Informationen zum Tagesgeschehen weitergeben, Essenbestellung ankreuzen)? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Finanz- und Behördenangelegenheiten selbst regeln? ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

11. Bestehen Schwierigkeiten beim ...

Sehen? ☐ nein ☐ ja, folgende:

Hören? ☐ nein ☐ ja, folgende:

Sprechen? ☐ nein ☐ ja, folgende:

12. Bestehen psychische Probleme? (z. B. Wahnvorstellungen, grundloses Rufen, depressive Stimmung)

☐ nein ☐ ja, folgende:

Wenn ja, welche Hilfe ist dann notwendig und wie oft?

13. Können Sie ...

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| sich tagsüber beschäftigen (z. B. TV sehen, Radio hören)? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| sich alleine ein Treffen mit einer Freundin / einem Freund planen? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| eigenständig telefonieren? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |
| eigenständig Kontakte pflegen? | ☐ ja | ☐ teilweise | ☐ nein |

14. Fragen zur medikamentösen Versorgung / ärztlichen Behandlung / zu Therapien:

Wie oft besuchen Sie eine **Hausarztpraxis**? mal monatlich oder mal quartalsweise
 Wie oft besuchen Sie evtl. **Facharztpraxen**? mal monatlich oder mal quartalsweise
 Fachrichtungen:

Erfolgt Dialyse/Chemotherapie in einer Praxis? mal monatlich oder mal quartalsweise

- | | | | | |
|--|-----------------------------|--|----------------------|-------------|
| Können Sie Ihre Medikamente alleine vorbereiten? | ☐ ja | ☐ nein, Hilfe erforderlich: | <input type="text"/> | mal täglich |
| Können Sie Ihre Medikamente alleine einnehmen? | ☐ ja | ☐ nein, Hilfe erforderlich: | <input type="text"/> | mal täglich |
| Wenn zutreffend, können Sie sich Ihr Insulin spritzen? | ☐ ja | ☐ nein, Hilfe erforderlich: | <input type="text"/> | mal täglich |
| Wenn zutreffend, können Sie Ihren Blutzucker messen? | ☐ ja | ☐ nein, Hilfe erforderlich: | <input type="text"/> | mal täglich |
| Wenn zutreffend, können Sie Ihre Kompressionsstrümpfe alleine an- und ausziehen? | ☐ ja | ☐ nein, Hilfe erforderlich: | <input type="text"/> | mal täglich |

Sind andere Hilfen erforderlich (z. B. bei Wundverbänden über 6 Monate)?

☐ nein ☐ ja, folgendes: mal täglich

Erhalten Sie ununterbrochen (über 6 Monate) ärztlich verordnete Therapien in einer Praxis oder im Hausbesuch?

- | | | | | | |
|---|----------------------|-------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ Physiotherapie | <input type="text"/> | mal wöchtl. | ☐ allein | ☐ in Begleitung | ☐ Hausbesuch |
| ☐ Ergotherapie | <input type="text"/> | mal wöchtl. | ☐ allein | ☐ in Begleitung | ☐ Hausbesuch |
| ☐ Logopädie | <input type="text"/> | mal wöchtl. | ☐ allein | ☐ in Begleitung | ☐ Hausbesuch |
| ☐ | <input type="text"/> | mal wöchtl. | ☐ allein | ☐ in Begleitung | ☐ Hausbesuch |

Ort, Datum, Unterschrift

Telefonnummer (wichtig für Rückfragen!)

Falls Sie den Bogen nicht selbst beantwortet haben:

Ich bin damit einverstanden, dass bei offenen Fragen dort Kontakt aufgenommen wird.

☐ ja ☐ nein

Die Fragen wurden beantwortet von

Name, Vorname:

Funktion (z. B. Betreuer/-in):

Telefon:

Ort, Datum, Unterschrift