

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	Pflegedage 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? mal täglich oder mal wöchentlich

Name/Anschrift des Pflegedienstes:

Was macht der Pflegedienst?

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? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nein |
| den Hinterkopfbereich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nein |
| den hinteren Gesäßbereich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nein |
| im Sitzen die Unterschenkel? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nein |
| im Sitzen die Füße? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nein |
| im Sitzen den Boden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> 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?

<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	mal für:	<input type="checkbox"/> Toilettengang	<input type="checkbox"/> Lagewechsel	<input type="checkbox"/> Wechsel Inkontinenzmaterial
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	

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, Stolperschwellen)? 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: mal täglich
- Können Sie Ihre Medikamente alleine einnehmen? ja nein, Hilfe erforderlich: mal täglich
- Wenn zutreffend, können Sie sich Ihr Insulin spritzen? ja nein, Hilfe erforderlich: mal täglich
- Wenn zutreffend, können Sie Ihren Blutzucker messen? ja nein, Hilfe erforderlich: mal täglich
- Wenn zutreffend, können Sie Ihre Kompressionsstrümpfe alleine an- und ausziehen? ja nein, Hilfe erforderlich: 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?

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