

# Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

(Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, kann dies auch ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie tun.)

---

**Hinweis:** Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist **freiwillig**. Die Angaben erleichtern jedoch die Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst Hessen. Gerne können Sie ein zusätzliches Blatt anfügen.

**Name der/des Versicherten:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

## 1. Wie ist Ihre häusliche Wohnsituation?

Ich lebe ...

- alleine
- mit folgenden Personen im gemeinsamen Wohnraum: \_\_\_\_\_
- Ich werde in einer Tagespflege versorgt, \_\_\_\_\_ mal pro Woche
- Ich lebe in einer Pflegeeinrichtung

## 2. Wenn Sie zu Hause leben, wer pflegt Sie regelmäßig?

	Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	Tage pro Woche*	Stunden pro Woche*
A						
B						
C						

*\*Diese Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en)*

Pflegeperson A unterstützt mich bei folgenden Tätigkeiten:

---

Pflegeperson B unterstützt mich bei folgenden Tätigkeiten:

---

Pflegeperson C unterstützt mich bei folgenden Tätigkeiten:

---

**3. Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?** nein ja

wenn ja, Name des Pflegedienstes:

Wie oft? \_\_\_\_ mal täglich oder \_\_\_\_ mal wöchentlich

Was macht der Pflegedienst?

**4. Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation durchgeführt?** nein ja

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

Wurde die Rehabilitation  ambulant oder  stationär durchgeführt?War sie  geriatrisch oder  indikationsspezifisch (z.B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)**5. An welchen Erkrankungen leiden Sie?**Bitte fügen Sie nur **Kopien** von **aktuellen** Arzt-/Rehabilitations-/Klinikberichten, Listen verordneter Medikamente oder Pflegedokumentationen hinzu.**6. Beschreiben Sie bitte kurz welche Probleme im Alltag bestehen und bei was sie Hilfe benötigen.****7. Falls Sie schon einmal begutachtet wurden: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?****8. Benötigen Sie Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet wurden?** Medikamente richten Medikamente einnehmen \_\_\_\_ mal täglich Blutzucker-Messung \_\_\_\_ mal täglich Injektionen, z.B. Insulin \_\_\_\_ mal täglich Wundverbände \_\_\_\_ mal pro Woche Kompressionsstrümpfe \_\_\_\_ mal täglich

Um welche Wunden handelt es sich? Seit wann bestehen sie?

**9. Welche Hilfsmittel benutzen Sie?**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brille                    | <input type="checkbox"/> Rollstuhl            | <input type="checkbox"/> Urinflasche           | <input type="checkbox"/> Magensonde (PEG)   |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese              | <input type="checkbox"/> BZ-Messgerät         | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte   | <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe  |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät                  | <input type="checkbox"/> Insulin Pen          | <input type="checkbox"/> Badehilfe             | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter:<br><input type="checkbox"/> durch die Harnröhre<br><input type="checkbox"/> durch die Bauchdecke |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf                | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Duschstuhl            | <input type="checkbox"/> künstlicher Ausgang (Stoma):<br><input type="checkbox"/> Blase<br><input type="checkbox"/> Darm                  |
| <input type="checkbox"/> Gehstützen                | <input type="checkbox"/> Orthesen             | <input type="checkbox"/> Pflegebett            |   |
| <input type="checkbox"/> Handgehstock              | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl       | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze |   |
| <input type="checkbox"/> Rollator                  | <input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung      | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät       |   |
| <input type="checkbox"/> weitere Hilfsmittel _____ |   |  |   |

**10. Erfolgen dauerhaft (länger als 6 Monate) ambulante Therapien?**

- Krankengymnastik \_\_\_ mal wöchentlich  allein oder  mit Begleitung zur Praxis /  Hausbesuch
- Ergotherapie \_\_\_ mal wöchentlich  allein oder  mit Begleitung zur Praxis /  Hausbesuch
- Logopädie \_\_\_ mal wöchentlich  allein oder  mit Begleitung zur Praxis /  Hausbesuch
- \_\_\_\_\_ \_\_\_ mal wöchentlich  allein oder  mit Begleitung zur Praxis /  Hausbesuch

**11. Wie oft suchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) Ärzte in der Praxis auf?**

- \_\_\_ mal im Quartal      \_\_\_ mal im Monat       allein       Begleitung erforderlich

**12. Können Sie ...**

- |                      |  |   |  |
|----------------------|--|---|--|
| den rechten Arm      | <input type="checkbox"/> in den Nacken legen | <input type="checkbox"/> zum Ohr führen | <input type="checkbox"/> zum Mund führen |
| den linken Arm       | <input type="checkbox"/> in den Nacken legen | <input type="checkbox"/> zum Ohr führen | <input type="checkbox"/> zum Mund führen |
| mit der rechten Hand | <input type="checkbox"/> hinter den Rücken   | <input type="checkbox"/> bis zum Gesäß  | greifen                                  |
| mit der linken Hand  | <input type="checkbox"/> hinter den Rücken   | <input type="checkbox"/> bis zum Gesäß  | greifen                                  |

Ist die Feinmotorik der Hände beeinträchtigt?  nein  ja

Falls ja, beschreiben Sie kurz warum und was Ihnen nicht mehr gelingt:

- |   |                               |                                   |  |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| Können Sie mit den Händen die Füße erreichen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nur die Sprunggelenke |
| Können Sie stehen?                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, frei | <input type="checkbox"/> nur mit festhalten    |
| Bestehen Seheinschränkungen?                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja       |  |
| Bestehen Hörbeeinträchtigungen?               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja       |  |

**13. Größe: \_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_ kg**

Besteht eine ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?  nein  ja, \_\_\_ kg seit \_\_\_ Wochen

Wenn ja, was ist aus Ihrer Sicht der Grund?

**14. Wie viel personelle Hilfe benötigen Sie bei folgenden Tätigkeiten?**

Drehen / Aufrichten im Bett	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelingt nicht
Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelingt nicht
Umsetzen von Bettkante, Stuhl, Sessel, ...	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelingt nicht
Fortbewegen (auch mittels Rollstuhl)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelingt nicht
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelingt nicht
Speisen kleinschneiden	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelingt nicht
Getränke eingießen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelingt nicht
Getränke trinken	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelingt nicht
Mahlzeiten essen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> gelingt nicht

**15. Benötigen Sie Hilfe bei der Körperpflege und dem Kleiden?**  nein  ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz wobei Sie Hilfe benötigen:

**16. Leiden Sie an einer Harn- oder Stuhlinkontinenz?**  nein  ja

Wenn ja, muss das Inkontinenzmaterial mehr als 1x tgl. gewechselt werden?  nein  ja

**17. Benötigen Sie nachts Hilfe?**  nein  ja, \_\_\_\_\_ mal pro Nacht.**18. Haben Sie Schwierigkeiten: (wenn ja bitte ankreuzen)**

- sich an zurückliegende Ereignisse des heutigen Tages zu erinnern
- sich an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben zu erinnern (z.B. Beruf, Schulbildung, Eheschließung, Freunde)
- sich zeitlich zu orientieren (z.B. Wochentag, Monat/Jahr, Tageszeit)
- sich örtlich zu orientieren (z.B. Adresse, Umgebung um Wohnung/Haus)
- einfache Sachverhalte inhaltlich zu verstehen (einfache Gespräche)
- schwierige Sachverhalte inhaltlich zu verstehen (Nachrichten, Tageszeitung)
- die Reihenfolge der Handlungsschritte zu kennen (z.B. Ankleiden, Tischdecken, Kaffee kochen)
- Ihnen nahestehende Personen zu erkennen
- Gefahren zu erkennen, z.B.  einfach über die Straße laufen,  die Temperatur von Getränken erkennen
- sich ohne fremde Hilfe zu beschäftigen (TV schauen, lesen, Handarbeit, Radio hören)
- über den Tag hinaus zu planen (z.B. Termine telefonisch zu vereinbaren)
- Kontakt mit anderen Menschen zu pflegen (z.B. mit dem Telefon umgehen)

**19. Benötigen Sie Hilfe aufgrund von psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Unruhe, Aggression, Ängste, Wahnvorstellungen?**

nein  ja

Wenn ja, erläutern Sie bitte **welche Hilfe** ist **wie oft** erforderlich? Bitte geben Sie auch an, ob Sie diesbezüglich Medikamente einnehmen.

**20. Benötigen Sie personelle Hilfe bei/beim: (wenn ja bitte ankreuzen)**

- Verlassen der Wohnung
- Mitfahren in einem Auto
- Fahren im Bus/Taxi
- Besuch öffentlicher Veranstaltungen (z.B. Gottesdienst)
- Einkaufen
- einfachen Aufräumarbeiten (Tisch decken/abräumen, spülen)
- aufwendigen Aufräumarbeiten (z.B. Wäsche waschen, Staub saugen, Boden wischen)
- Ausfüllen von Formularen
- der Nutzung von Dienstleistungen (Pflegedienst, Friseurtermin, etc. organisieren)
- der Regelung finanzieller oder behördlicher Angelegenheiten

**21. Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wünschen Sie die Zusendung des Gutachtens?**     nein     ja

**Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben:**

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie eine Telefonnummer für Rückfragen an: \_\_\_\_\_

**Falls Sie den Bogen nicht selbst ausgefüllt haben:**

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Funktion (z.B. Betreuer) \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_