**Auskunft**

 (Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus.)

***Hinweis:*** Ihre Auskunft ist **freiwillig**. Wir bitten Sie jedoch um Mithilfe, denn Ihre Angaben erleichtern die Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst Hessen (MD).

**Name des/der Verstorbenen :**

**Geburtsdatum: Sterbedatum:**

Größe ........... cm Gewicht ......... kg

**Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?** 🞏 ja, \_\_\_\_ kg seit \_\_\_\_ Wochen 🞏 nein
**An welchen Erkrankungen/Beeinträchtigungen litt der/die Verstorbene?**

**Falls der/die Verstorbene schon einmal vom Medizinischen Dienst begutachtet wurde: Was hatte sich seit der letzten Begutachtung verändert?**

**Wenn möglich, legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe bei (Kopie ausreichend).**

**Wie oft wurden dauerhaft (länger als 6 Monate) Ärzte in der Praxis aufgesucht?**

\_\_\_ mal monatlich 🞏 allein 🞏 Begleitung erforderlich

**Besuchte der/die Verstorbene dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie  | \_\_\_\_ mal wöchentlich\_\_\_\_ mal wöchentlich \_\_\_\_ mal wöchentlich  | allein 🞏 allein 🞏 allein 🞏 | mit Begleitung 🞏 mit Begleitung 🞏 mit Begleitung 🞏 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  \_\_\_\_ mal wöchentlich  | allein 🞏 | mit Begleitung 🞏 |

**Benötigte der/die Verstorbene Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet wurden?** 🞏 nein

🞏 Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (Richten und/oder Verabreichen) \_\_\_ mal täglich

🞏 Injektionen, z.B. Insulin \_\_\_ mal täglich

🞏 Blutzucker-Messung \_\_\_ mal täglich

🞏 Kompressionsstrümpfe \_\_\_ mal täglich 🞏 Hilfe beim Anziehen täglich 🞏 Hilfe beim Ausziehen

🞏 Wundverbände \_\_\_ mal täglich oder \_\_\_\_ mal wöchentlich

andere:

**Fragebogen zur Pflegesituation von:**

2

**Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzte der/die Verstorbene?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞏 Brille 🞏 Zahnprothese 🞏Hörgerät 🞏 Gehstützen 🞏 Handgehstock 🞏 Rollator  |  🞏 Rollstuhl 🞏 kleine Vorlagen  🞏 Korsett 🞏 Windeln  🞏 Kompressionsstrümpfe 🞏 Urinflasche  🞏 Hausnotruf 🞏 Urinbeutel  🞏 Ernährungspumpe 🞏 WC-Sitzerhöhung  🞏 Magensonde (PEG) 🞏 Stoma ( 🞏 Blase 🞏  | 🞏 Toilettenstuhl 🞏 Badehilfe 🞏 Duschstuhl 🞏 Pflegebett  🞏 Antidekubitusmatratze  Darm)  |
| 🞏 Blasenkatheter ( |  🞏 durch die Harnröhre 🞏 durch die Bauchdecke )  |  |

andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wie war die häusliche Situation?**

Der/die Verstorbene lebte 🞏 allein 🞏 mit folgenden Personen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 mit Pflegeperson 🞏 A 🞏 B 🞏 C 🞏 D (Vgl. nachfolgende Tabelle)

**Wer pflegte den Verstorbenen/die Verstorbene regelmäßig zu Hause?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Name\*, Vorname\*  | Straße\*  | PLZ\*  | Wohnort\*  | Tage pro Woche  | Stunden pro Woche?  |
| A  |  |  |  |  |  |  |
| B  |  |  |  |  |  |  |
| C  |  |  |  |  |  |  |
| D  |  |  |  |  |  |  |

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

**Was genau machten die einzelnen Pflegepersonen (A machte…., B machte….)?**

**Unterstützte auch ein Pflegedienst?** 🞏 ja 🞏 nein

**Wenn ja, Name und Ort des Pflegedienstes:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wie oft?** \_\_\_\_ mal tgl. oder \_\_\_\_ mal wöchentlich.

**Was machte der Pflegedienst?**

MD Hessen – Auskunft – Blatt 2 von 4

**Fragebogen zur Pflegesituation von**

2

**Brauchte der/die Verstorbene bei folgenden Tätigkeiten personelle Hilfe?**

sich im Bett drehen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

aus dem Bett aufstehen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

stabil auf einem Stuhl sitzen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

gehen bzw. sich im Rollstuhl fortbewegen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

Treppen steigen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

Knöpfe öffnen und schließen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

Speisen kleinschneiden 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

essen 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

trinken 🞏 nein 🞏 etwas 🞏 überwiegend 🞏 komplett

Konnte der/die Verstorbene die Hände...? 🞏 in den Nacken legen 🞏 zum Gesäß führen 🞏 zu den Füßen bringen

Konnte der/die Verstorbene frei stehen? 🞏 ja 🞏 nein 🞏 nur mit Festhalten

**Litt der/die Verstorbene an...?** 🞏 einer Blasenschwäche 🞏 einer Darmschwäche

**Benötigte der/die Verstorbene nachts Hilfe** (z .B. Toilettengang)**?** 🞏 ja, \_\_\_ mal 🞏 nein

**Hatte der/die Verstorbene verstärkt Probleme…?**

🞏 sich zu orientieren 🞏 zeitlich (z.B. Wochentag, Datum, Tageszeit) 🞏 örtlich (z.B. Adresse)

🞏 sich zu erinnern 🞏 an kurz zurückliegende Ereignisse (z.B. Frühstück)

 🞏 an wichtige Ereignisse aus seinem/ihrem Leben (z.B. Beruf, Eheschließung)

🞏 zu verstehen 🞏 Sachverhalte (z.B. Zeitung) 🞏 Aufforderungen 🞏 Gesprächsinhalte

🞏 Ihm/Ihr nahestehende Personen zu erkennen 🞏 ja 🞏 nein

🞏 Gefahren zu erkennen/vermeiden (z.B. Herd anlassen) 🞏 ja 🞏 nein

🞏 die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten 🞏 ja 🞏 nein

**Traten Verhaltensauffälligkeiten auf, bei denen Hilfe notwendig war?** Wenn ja, welche (z.B. Aggression, Abwehr, Ängste, Wahnvorstellungen)?

**Wenn ja, wie oft** (z.B. täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich)**?**

**Fragebogen zur Pflegesituation von:**

2

**Konnte der/die Verstorbene ohne personelle Hilfe …?**

Beschäftigungen nachgehen (z.B. Handarbeiten, Fernsehen, Radio hören) 🞏 ja 🞏 nein

nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen 🞏 ja 🞏 nein

über den Tag hinaus planen (z.B. einen Arzttermin) 🞏 ja 🞏 nein

telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich 🞏 ja 🞏 nein

**Benötigte der/die Verstorbene personelle Hilfe beim …?**

Verlassen der Wohnung 🞏 ja 🞏 nein

Fortbewegen außerhalb der Wohnung 🞏 ja 🞏 nein

(Mit)fahren im Auto 🞏 ja 🞏 nein

Fahren im Bus 🞏 ja 🞏 nein

Besuch öffentlicher Veranstaltungen (z.B. Kirche) 🞏 ja 🞏 nein

Einkaufen 🞏 ja 🞏 nein

Staub wischen 🞏 ja 🞏 nein

Wäsche waschen 🞏 ja 🞏 nein

Formulare ausfüllen 🞏 ja 🞏 nein

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Funktion (z.B. Angehörige, Betreuer):  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Ort, Datum, Unterschrift:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

MD Hessen – Auskunft – Blatt 4 von 4