

**Fragebogen für Versicherte/Angehörige/Pflegepersonen zur Beurteilung der
Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI**

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung auf das angekündigte Telefonat.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, soweit Ihnen dies möglich ist. Ihre Pflegeperson kann Ihnen dabei gern helfen.

Beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung auf den Zeitraum ab der Antragsstellung.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

1. **Name des/der Antragsteller/-in:** _____

2. **Geburtsdatum:** _____

3. **Ihre aktuelle Telefonnummer:** _____

4. **Hat in letzter Zeit eine Krankenhausbehandlung stattgefunden? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an.**

5. **Welche Krankheiten stehen bei der Pflegebedürftigkeit im Vordergrund?**

6. **Welche Schwierigkeiten und Probleme ergeben sich durch die Krankheit in Ihrem täglichen Leben?** Gemeint sind insbesondere Aktivitäten, die nicht in den Bereich der Hauswirtschaft fallen.

7. Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? ja nein

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): _____

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt? ambulant stationär

8. Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Badewannenhilfen |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Toilettensstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegebett |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |

Weitere Hilfsmittel: _____

9. Leben Sie gemeinsam mit einer weiteren Person in einem Haushalt? ja nein

Wenn ja, mit wem? _____

10. Erhalten Sie Unterstützung durch einen Pflegedienst oder besuchen Sie eine Tagespflegeeinrichtung? Wenn ja, nennen Sie bitte deren Namen:

11. Benötigen Sie nachts die Unterstützung einer anderen Person (z. B. zum Toilettengang)?

ja, ____ mal pro Nacht

nein

12. Welche Personen pflegen Sie nicht erwerbsmäßig regelmäßig in häuslicher Umgebung?

Die Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen.

	Name, Vorname	Adresse und Geburtsdatum	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche	Anzahl weiterer Pflegebedürftige, die von den Pflegepersonen gepflegt werden
A					
B					
C					
D					

13. Benötigen Sie im Bereich der Mobilität die Hilfe einer anderen Person?

Bitte kreuzen Sie an:

sich im Bett drehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
aus dem Bett aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
stabil auf einem Stuhl sitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
sich in der Wohnung fortbewegen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett

14. Brauchen Sie die Unterstützung einer anderen Person, um

sich zeitlich zu orientieren (z. B. Wochentag, Datum, Tageszeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sich örtlich zu orientieren (z. B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z. B. letzte Mahlzeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sich an wichtige Lebensereignisse zu erinnern (z. B. Beruf, Hochzeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sachverhalte zu verstehen (z. B. Nachrichten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufforderungen zu verstehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesprächsinhalte zu verstehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
nahestehende Personen zu erkennen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gefahren zu erkennen (z. B. im Haushalt oder Straßenverkehr)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Handlungen in der richtigen Reihenfolge durchzuführen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

15. Leiden Sie unter besonderen psychischen Problemlagen, bei deren Bewältigung Sie regelmäßig Hilfe durch eine andere Person benötigen? Dies können zum Beispiel Unruhe, Aggressionen oder Wahnvorstellungen sein.

16. Benötigen Sie im Bereich der Selbstversorgung die Hilfe einer anderen Person?

Bitte kreuzen Sie an:

Gesicht waschen, rasieren, kämmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Waschen/Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Speisen zerkleinern/Flaschen aufdrehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Toilettengang	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett
Versorgung mit Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> komplett

17. Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet werden, benötigen Sie Hilfe von einer anderen Person?

Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.

- Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (richten und/oder verabreichen) _____ mal täglich
- Injektionen, z. B. Insulin _____ mal täglich
- Blutzuckermessung _____ mal täglich
- Blutdruckmessung _____ mal täglich
- Kompressionsstrümpfe anziehen _____ mal täglich
- Kompressionsstrümpfe ausziehen _____ mal täglich
- Verbandswechsel _____ mal täglich
- andere: _____
- _____

Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Arztpraxis?

____mal monatlich alleine Begleitung erforderlich

Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?

Krankengymnastik	____mal monatlich	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
Ergotherapie	____mal monatlich	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
Logopädie	____mal monatlich	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Begleitung
_____	____mal monatlich	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Begleitung

18. Benötigen Sie bei folgenden Punkten die Unterstützung einer anderen Person?

sich tagsüber beschäftigen (z. B. Handarbeit, Fernsehen, Radio hören)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
über den Tag hinaus planen (z. B. einen Arzttermin)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

19. Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen (z. B. wenn der Platz bei einigen Fragen nicht ausreicht):

Bitte unterschreiben Sie hier und senden Sie den Fragebogen mit dem beiliegenden Freiumschlag an uns zurück. Vielen Dank!!

Ort, Datum

Unterschrift