

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung auf den angekündigten Hausbesuch bzw. auf das alternative Telefonat (siehe Merkblatt). Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, soweit Ihnen dies möglich ist. Ihre Pflegeperson kann Sie dabei gern unterstützen.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Name des/der Antragsteller/-in: _____

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

2. Welche Krankheiten stehen im Vordergrund und sind ursächlich für den Unterstützungsbedarf durch eine Pflegeperson?

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

4. 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

5. 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"/> Badewannenlifter |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <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: _____

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

Wenn ja, mit wem? _____

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

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

ja, ____mal pro Nacht

nein

9. Welche Personen pflegen Sie nicht erwerbsmäßig regelmäßig in häuslicher Umgebung? (Die Angaben sind zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen erforderlich.)

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

10. Beschreibung der Wohnsituation

| | | | |
|---|--|---|--|
| Ich wohne in einem | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | im | <input type="checkbox"/> Erdgeschoss |
| | <input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus | | <input type="checkbox"/> Hochparterre |
| | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | | <input type="checkbox"/> Souterrain |
| | | | <input type="checkbox"/> Obergeschoss |
| Ein Aufzug ist | <input type="checkbox"/> vorhanden | | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Vor der Haus-/Wohnungstür sind Stufen zu überwinden. | | | |
| <input type="checkbox"/> Ein ebenerdiger Zugang zum Haus ist vorhanden. | | | |
| Alle genutzten Räume befinden/erstrecken sich | | | |
| <input type="checkbox"/> auf einer Etage. | <input type="checkbox"/> über zwei Etagen. | <input type="checkbox"/> über drei Etagen. | |
| <input type="checkbox"/> Der Wohnbereich ist barrierefrei. | | | |
| Das Bad ist ausgestattet mit einer/einem | | | |
| <input type="checkbox"/> Badewanne | <input type="checkbox"/> Dusche mit flachem Einstieg | <input type="checkbox"/> WC | |
| <input type="checkbox"/> Dusche mit ebenerdigem Einstieg | <input type="checkbox"/> Dusche mit hohem Einstieg | <input type="checkbox"/> erhöhtem WC | |
| Das Bad ist mit einem | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> befahrbar | <input type="checkbox"/> nicht befahrbar |
| | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> befahrbar | <input type="checkbox"/> nicht befahrbar |
| | <input type="checkbox"/> Toilettenrollstuhl | <input type="checkbox"/> befahrbar | <input type="checkbox"/> nicht befahrbar |
| <input type="checkbox"/> Eine separate Toilette ist vorhanden. | | | |
| Ein Festnetztelefon ist | <input type="checkbox"/> vorhanden | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden | |
| Die Mobilität ist innerhalb des Wohnbereichs eingeschränkt durch | | | |
| <input type="checkbox"/> Türschwellen | <input type="checkbox"/> lose Teppiche | <input type="checkbox"/> Stufe/n vor/in Zimmern | |
| <input type="checkbox"/> schmale Türen | <input type="checkbox"/> Möbelstücke | <input type="checkbox"/> beengte wohnliche Verhältnisse | |

11. 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 |

12. 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 |

13. 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.

14. 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 |

15. 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 alleine mit Begleitung

Ergotherapie _____ mal monatlich alleine mit Begleitung

Logopädie _____ mal monatlich alleine mit Begleitung

_____ _____ mal monatlich alleine mit Begleitung

16. Benötigen Sie die Unterstützung einer anderen Person bei nachfolgend genannten Sacherhalten?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 |

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