

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.

Bitte berücksichtigen Sie, dass in jedem Fall Ihre Teilnahme am Telefonat erforderlich ist und dies nicht allein durch Ihre Angehörigen/Pflegepersonen geführt werden kann.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

1. Name des/der Versicherten _____
2. Geburtsdatum: _____
3. 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. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht an.

7. 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.

8. 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

9. 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"/> Badewannenliffter |
| <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: _____

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

Wenn ja, mit wem? _____

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

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

ja, ____mal pro Nacht

nein

13. 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	Pflege tage pro Woche	Pflegestunden pro Woche	Anzahl weiterer Pflegebedürftige, die von den Pflegepersonen gepflegt werden
A					
B					
C					
D					

14. Wie ist Ihre Wohnsituation?

Bitte kreuzen Sie an:

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

15. 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

16. 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

17. 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.

18. 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

19. 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

20. 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

21. 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