

Die folgenden Informationen werden zur Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung von den Begutachtenden benötigt.

Daher bitten wir Sie, diesen Bogen ausgefüllt beim Hausbesuch bereitzuhalten.

Ein Zusenden des ausgefüllten Bogens ist nicht notwendig.

Name: Vorname:

Geb.-Datum: ... / ... / Größe: cm Gewicht: kg

1. Welche Krankheiten behindern Ihre Selbstständigkeit?

.....

2. Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus? Wenn ja, wo und warum?

.....

3. Wurde bei Ihnen in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?

Wenn ja: ambulant oder stationär?

4. Welche Hilfsmittel sind vorhanden? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese(n) | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Pflegebett |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät(e) | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Insulinpen |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte | <input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter | <input type="checkbox"/> Orthesen/Bandagen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Liegt bei Ihnen ein/e

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anus praeter = künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> Tracheostoma = künstlicher Zugang der Luftröhre |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde = Ernährungssonde | <input type="checkbox"/> Harnblasenkatheter vor? |

6. Welche Personen helfen Ihnen regelmäßig?

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Anschrift:		Telefonnummer:
Pflegetage pro Woche:	Pflegestunden pro Woche:	

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Anschrift:		Telefonnummer:
Pflegetage pro Woche:	Pflegestunden pro Woche:	

7. Besucht Sie regelmäßig ein Pflegedienst? Bitte die Pflegedokumentation bereithalten!

Name, Anschrift/Tel.

Wie oft? x/Tag x/Woche

Welche Leistungen werden durch den Pflegedienst übernommen?

.....

.....

8. Behandelnde Ärztinnen/Ärzte

Fachrichtung	Wie häufig gehen Sie in die Praxis?	Selbstständig	Mit Begleitung	Hausbesuch JA/NEIN
z. B. Hausarzt				

9. Medikamente

Häufigkeit der Einnahme: x/Tag x/Woche x/Monat

Anzahl aller Medikamente:

Besteht ein Hilfebedarf bei der Vorbereitung/Einnahme? Ja Nein

10. Erhalten Sie ärztlich verordnete Behandlungen?

Art der Behandlung	Häufigkeit	Seit wann?	in der Praxis	im Hausbesuch	Liegt eine Dauerverordnung vor?
Physiotherapie					
Ergotherapie					
Logopädie					
Sonstiges					