

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

Daher bitten wir Sie, diesen Bogen ausgefüllt für das Telefoninterview bereitzuhalten.

Ein Zusenden des ausgefüllten Bogens ist nicht notwendig.

Name des Kindes: Vorname:

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

1. Welche Krankheiten behindern die altersentsprechende Selbstständigkeit des Kindes?

.....
.....
.....

2. War das Kind in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus? Wenn ja, wo und warum?

.....
.....
.....

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

Wenn ja, wann?

4. Welche Hilfsmittel sind vorhanden? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Orthesen/ Schienen | <input type="checkbox"/> Toilettenaufsatz |
| <input type="checkbox"/> Zahnspange(n) | <input type="checkbox"/> Gehwagen/Rollator | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät(e) | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Badewannensitz/-liege |
| <input type="checkbox"/> Kommunikationshilfen | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe | <input type="checkbox"/> Therapiestuhl/Sitzschale | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Korsett | <input type="checkbox"/> Windeln/Inkontinenzhilfen | <input type="checkbox"/> |

5. Gibt es ungenutzte Hilfsmittel?

.....

6. Welche Personen pflegen/ betreuen das Kind?

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. Hat das Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja Grad der Behinderung

Merkmale:

8. Behandelnde Ärztinnen/Ärzte

Fachrichtung	Wie häufig erfolgen Praxisbesuche? wöchentlich/monatlich	Über 6 Monate erforderlich? Ja/Nein

9. Medikamente

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

Anzahl aller Medikamente:

Besteht ein Hilfebedarf bei der Vorbereitung/Einnahme? Ja Nein

10. Erhält das Kind ärztlich verordnete Behandlungen?

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