

Angaben zur Vorbereitung der Pflegebegutachtung

Zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____ ggf. Servicecode: _____

Anschrift: _____ PLZ/Ort: _____ KV-Nummer: _____

Welche Erkrankungen sind bei dem Kind bekannt? Wann wurden diese festgestellt?

Falls das Kind schon zuvor vom Medizinischen Dienst begutachtet wurde:

Was genau hat sich seit der *letzten Begutachtung* verändert? Ungefähr seit wann ist die Änderung eingetreten?

War das Kind seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus oder in einer Rehabilitation? ja nein

Wenn ja, aus welchen Gründen?

Wobei benötigt das Kind Hilfe? Bitte beschreiben Sie dies konkret mit Ihren Worten:

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen? ja, _____ kg seit _____ Wochen nein

Das Kind lebt zusammen mit Pflegeperson A B C Sonstige: _____

Wer pflegt das Kind regelmäßig zu Hause (Pflegerperson)?

	Name, Vorname	Straße	PLZ	Wohnort	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
A						
B						
C						
D						

Was machen die einzelnen Personen für das Kind (A macht...; B macht...)?

Werden Sie bei der Pflege des Kindes zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?

ja nein

Wie oft? ____ mal täglich **oder** ____ mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes: _____

Was macht der Pflegedienst? _____

Welche Fachärzte besuchen Sie mit dem Kind regelmäßig?

Hausarzt ____ mal wöchentlich/monatlich/Quartal allein mit Begleitung
 Facharzt ____ mal wöchentlich/monatlich/Quartal allein mit Begleitung

Besucht das Kind eine der folgenden Therapien?

Krankengymnastik ____ mal wöchentlich allein mit Begleitung
 Ergotherapie ____ mal wöchentlich allein mit Begleitung
 Logopädie ____ mal wöchentlich allein mit Begleitung
 Sonstige: _____ ____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Nimmt das Kind Medikamente ein? ja nein
 ...wenn ja brauchen es dabei Hilfe? ja nein
 ...wenn ja wie oft am Tag /in der Woche? ____ mal pro Tag ____ mal pro Woche

Welche Hilfsmittel stehen dem Kind zur Verfügung?

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Rollator | <input type="radio"/> Inkontinenzprodukte (Windeln) |
| <input type="radio"/> Zahnsperre | <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> Badewannenlifter |
| <input type="radio"/> Hörgerät | <input type="radio"/> Korsett | <input type="radio"/> Duschstuhl |
| <input type="radio"/> (Kinder-)toilettenstuhl | <input type="radio"/> (Kinder-)pflegebett | |
| <input type="radio"/> Unterarmgehstützen | <input type="radio"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="radio"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="radio"/> Gehwagen | <input type="radio"/> Urinflasche | <input type="radio"/> Sauerstoffkonzentrator |
| <input type="radio"/> Badeliege | <input type="radio"/> Orthesen | |
| <input type="radio"/> Sonstige Hilfsmittel: _____ | | |

Braucht das Kind Hilfe beim:

Wenn ja, bitte erläutern, was die Hilfsperson genau macht:

- | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|
| Aufsetzen im Bett | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Stehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Gehen bzw. sich im Rollstuhl bewegen (im Wohnbereich) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Erkennen von nahestehenden Personen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Orientieren zu Zeit und/oder Ort | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Erinnern an zurückliegende Ereignisse | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Alltagshandlungen gezielt durchführen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Treffen sinnvoller Entscheidungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Verstehen von Informationen und Aufforderungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Erkennen von Gefahren (z.B. Rote Ampel, Klettern auf Regal) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Gespräch führen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Durchführen der Körperpflege | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|
| Anziehen von Schuhen und Strümpfen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Knöpfe öffnen und schließen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Beschäftigen(z.B. Spielen, Basteln) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Planen über den Tag hinaus(z.B. Wochenplan) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |
| Telefonisch Hilfe holen falls erforderlich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja: _____ |

Sonstiges:

Wenn das Kind jünger als 18 Monate ist beantworten Sie bitte folgende Frage:

Gibt es gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme: nein ja

Wenn ja, welche? _____

Benötigt das Kind Hilfe bei der Bewältigung von psychischen Problemen und Verhaltensweisen wie z.B. Unruhe, Aggression, Ängste, Wahnvorstellungen?

nein ja

Wenn ja, was machen Sie um Ihrem Kind zu helfen? Wie oft ist Ihre Hilfe erforderlich? Bitte erläutern Sie dies.

Braucht das Kind Hilfe in der Nacht? nein ja

Wenn ja, welche Hilfe ist **wie oft** erforderlich? Bitte erläutern Sie dies.

Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Name, Vorname: _____

Verhältnis zum Kind (z.B. Eltern/ Betreuer/in): _____

Telefon: _____

Ich bin damit einverstanden, dass bei offenen Fragen Kontakt aufgenommen wird. ja nein

Ort, Datum, Unterschrift